

# **Beperkt door zorg:**

Toepassingen van vrijheidsbeperkingen bij psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten op plaatsen waar de Wet Bopz niet van toepassing is

Auteur: Mr. L.A.P. Arends

Kwantitatieve gegevens: drs. R. Dursun

ISBN 90-807487-8-1

Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg  
Erasmus Medisch Centrum/Erasmus Universiteit Rotterdam

In opdracht van het Ministerie van VWS

Rotterdam, maart 2004

# Samenvatting

In de periode van oktober 2002 tot maart 2003 heeft een onderzoek plaatsgevonden naar de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen op plaatsen waar de Wet Bopz niet van toepassing is. Het onderzoek omvatte alle niet-intramurale zorgaanbieders, die zich bezighouden met zorg aan psychogeriatrische patiënten en/of verstandelijk gehandicapten, zoals thuiszorg, huisartsen, gezinsvervangende tehuizen, woonzorgcomplexen. Daarnaast strekte het onderzoek zich uit naar ziekenhuizen.

Vrijheidsbeperkingen en vrijheidsbeperkende maatregelen worden in dit verband gedefinieerd als alle middelen of maatregelen die in de zorg aan psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten toegepast worden, met als doel of als effect het beperken van de vrijheid. De onderliggende vraag was in hoeverre er in dit verband behoefte bestaat aan extra rechtsbescherming voor psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten.

De onderzoeksvraag is geoperationaliseerd in drie deelonderzoeken. Het eerste deelonderzoek betrof een literatuurstudie, waaronder een onderzoek naar parlementaire stukken, alsmede een jurisprudentieonderzoek, teneinde van de reikwijdte van bestaande wettelijke regelingen vast te stellen. Het tweede deelonderzoek was kwalitatief van aard en had als oogmerk het in kaart brengen van de verscheidenheid aan ervaringen van zorgaanbieders in de verschillende sectoren met betrekking tot toepassingen van vrijheidsbeperkingen. Er hebben in totaal 108 interviews, op verschillende niveaus binnen de organisatie, plaatsgevonden in 35 instellingen. Ook met vertegenwoordigers van psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten zijn gesprekken gevoerd. Het derde deelonderzoek betrof een onderzoek onder ruim 2000 zorgaanbieders, waarmee een aantal gegevens met betrekking tot het vóórkomen van vrijheidsbeperkingen bij de doelgroepen en procedures die daarbij worden gehanteerd, konden worden gekwantificeerd.

Het onderzoek laat zien dat bij minimaal de helft van de zorgaanbieders vrijheidsbeperkende maatregelen op psychogeriatrische patiënten en/of verstandelijk gehandicapten worden toegepast. Vrijwel alle ziekenhuizen hebben ermee te maken, maar ook huisartsen worden in hun praktijk, meestal via andere zorgaanbieders, met toepassingen van vrijheidsbeperkingen geconfronteerd. De maatregelen variëren van toepassingen van medicatie, tot het vastleggen van cliënten met Zweedse banden. De aard van de maatregelen die worden toegepast hangt mede af van de categorie zorgaanbieders. Een knelpunt in de praktijk is dat geen centrale registratie van toepassingen plaatsvindt, waardoor zorgaanbieders niet kunnen aangeven hoeveel vrijheidsbeperkingen er voorkomen en er evenmin beleid wordt ontwikkeld om vrijheidsbeperkingen zoveel mogelijk te beperken.

Uit het kwalitatief onderzoek komt naar voren dat op de meeste plaatsen vrijheidsbeperkende maatregelen niet als een vanzelfsprekendheid worden toegepast, al moet daarbij worden opgemerkt dat het zorgverleners niet altijd duidelijk is wat onder een vrijheidsbeperkende maatregel moet worden verstaan. Het vrijheidsbeperkende karakter van sommige maatregelen wordt in een aantal gevallen niet herkend, zoals toepassingen van bedhekken, of andere 'lichtere' vormen van fixatie, zoals het plaatsen in een diepe stoel, of het gebruik van tafelsteunen in een rolstoel. In literatuur en wetgeving wordt 'verzet' gehanteerd als onderscheidend criterium in de vraag wanneer inbreuk op vrijheden gemaakt worden. Het is de vraag of in de psychogeriatrische en verstandelijk gehandicaptenzorg daarmee voldoende bescherming wordt geboden. In de praktijk blijkt het in beide sectoren moeilijk vast te stellen wanneer er nu echt sprake is van verzet, onder meer vanwege de aard van de aandoening of beperking, en door hospitalisatie van cliënten.

Desalniettemin komt het uit onderzoek naar voren dat het veld de problematiek herkent. Met name in de verstandelijk gehandicaptenzorg valt op dat veel zorgaanbieders proberen om de regelingen uit de Wet Bopz zoveel mogelijk te vertalen naar plaatsen waar deze wet niet van toepassing is. Een bewustwordingsproces is gaande, maar leidt nog onvoldoende tot een nauwkeurig beleid om vrijheidsbeperkingen zoveel mogelijk te voorkomen, te beperken en in alle situaties te zorgen voor een adequaat toezicht. Het veld heeft behoefte aan meer duidelijkheid met betrekking tot de mate waarin vrijheidsbeperkingen binnen de eigen sector zijn toegestaan en de procedures die daarbij gevolgd dienen te worden.

De juridische basis voor toepassingen van vrijheidsbeperkingen moet gezocht worden in de Wgbo, in het geval van dwang in art. 7: 465 lid 6 en 7:466 BW. Het onderzoek laat zien dat er geen beletsel is om vrijheidsbeperkingen op basis en onder de condities van deze bepalingen toe te passen. De reikwijdte van art. 7:465 lid 6 BW is dezelfde als die van art. 38 lid 5 Bopz. Noch uit jurisprudentie, noch uit de wetsgeschiedenis kan worden afgeleid dat de Wgbo een meer beperkte werking heeft.

Voorts is bekeken of er strijd is met Europese verdragen. Wanneer een vrijheidsbeperking het karakter van een detentie krijgt, moet worden voldaan aan art. 5 lid 4 EVRM, hetgeen met zich meebrengt dat iemand die dat wenst directe toegang tot de rechter moet kunnen hebben om tegen zijn detentie te ageren. Uit jurisprudentie van het Europese Hof voor de Rechten van de Mens blijkt dat in het kader van een behandeling detentie niet snel wordt aangenomen. Bovendien is niet ondenkbaar dat de wettelijke grondslag die art. 7:465 lid 6 BW biedt, in combinatie met de mogelijkheid voor iemand om toegang tot de burgerlijke rechter te zoeken met behulp van art. 6:162 (onrechtmatige daad) of 3:74 (wanprestatie) voldoende is. Het EHRM toetst echter aan de feitelijke mogelijkheden om door de rechter gehoord te worden.

In het nog niet door Nederland geratificeerde Verdrag inzake de Rechten van de Mens en de Biogeneeskunde (VRMB) zijn meer aanknopingspunten te vinden dat de bescherming in de Nederlandse wetgeving tekortschiet. Met name het feit dat er geen onafhankelijke persoon namens de wilsonbekwame patiënt optreedt indien er geen in de Wgbo genoemde vertegenwoordiger voorhanden is, en het ontbreken van extra waarborgen als toezicht, en klachtmogelijkheden ingeval van dwangbehandeling kunnen in de toekomst mogelijk knelpunten opleveren.

De conclusie van dit onderzoek luidt dat er juridisch weinig beletsels zijn om vrijheidsbeperkingen toe te passen op plaatsen waar de Wet Bopz niet van toepassing is, maar dat de mate waarin de relevante bepalingen van de Wgbo bescherming bieden onvoldoende zijn. Het ontbreekt met name aan prikkels voor het veld om transparantie te betrachten en voor zorgaanbieders om een bewust beleid te ontwikkelen om vrijheidsbeperkingen zoveel mogelijk te voorkomen en terug te dringen. Daarnaast houdt de bestaande wettelijke regeling onvoldoende rekening met veelal beperkte(re) capaciteiten van psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten om hun wil te uiten en voor hun eigen rechten op te komen. Het hanteren van begrippen als 'verzet' en 'dwang' bij deze cliëntengroepen zijn onvoldoende om adequate bescherming met betrekking tot toepassing van vrijheidsbeperkingen te bieden.

Een verbeterde wettelijke regeling dient daarom het volgende te bevatten:

- 1) Onder welke voorwaarden vrijheidsbeperkingen zijn toegestaan
- 2) De juiste condities voor een verantwoorde toepassing, hetgeen onder meer met zich meebrengt:
  - a. Een adequate verantwoordelijkheidstoedeling bij een arts en/of gezondheidszorgpsycholoog
  - b. Een waarborg van voldoende deskundigheid van betrokken zorgverleners;
  - c. Een inzichtelijke en zorgvuldige procedure.
  - d. Een waarborg van voldoende toezicht.
- 3) Transparantie en toetsbaarheid van toepassingen.

- 4) Het ontwikkelen van een actief beleid om vrijheidsbeperkingen zoveel mogelijk te voorkomen en te beperken.
- 5) Een mogelijkheid tot rechtshandhaving indien er rechten geschonden zijn, waarbij rekening gehouden wordt met de kwetsbare positie die onderhavige cliëntengroepen innemen.

# Inhoudsopgave

<b>Samenvatting.....</b>	<b>i</b>
<b>Lijst van afkortingen.....</b>	<b>viii</b>
<b>Veelgebruikte definities.....</b>	<b>x</b>
<b>1. Inleiding.....</b>	<b>1</b>
1.1 Leeswijzer.....	2
<b>2. Onderzoeksopzet .....</b>	<b>3</b>
2.1 Inleiding .....	3
2.2 Samenstelling en verantwoording werkzaamheden onderzoeksteam.....	4
2.3 Literatuuronderzoek.....	4
2.4 Kwalitatieve onderzoeksmethode.....	5
2.4.1 Interviews .....	5
2.4.2 Invitational conference .....	9
2.5 Kwantitatieve onderzoeksmethode.....	10
2.5.1 Inhoud enquête.....	10
2.5.2 Selectie respondenten en respons.....	11
2.6 Betrouwbaarheid en beperkingen van het onderzoek.....	12
2.6.1 Literatuuronderzoek .....	12
2.6.2 Interviews .....	13
2.6.3 Enquête .....	13
2.6.4 Betrouwbaarheid totaal .....	14
<b>3. Juridische kaders vrijheidsbeperkingen .....</b>	<b>15</b>
3.1 Inleiding .....	15
3.2 Wet Bopz .....	15
3.2.1 Bopz-novelle.....	19
3.3 Wgbo .....	26
3.3.1 Reikwijdte .....	26
3.3.2 Wilsonbekwaamheid .....	28
3.3.3 Dwangbehandeling.....	28
3.3.4 Handelen zonder toestemming: noodsituaties en niet-ingrijpende verrichtingen ..	29
3.4 Jurisprudentie .....	30
3.4.1 Relevante uitspraken.....	30
3.4.2 Nadere analyse .....	52
3.5 Nadere analyse wettelijke regelingen.....	55
3.5.1 Inhoud en werking regeling Wgbo.....	55
3.5.2 Reikwijdte dwangbehandelingsregeling volgens nationaal recht.....	57
3.5.3 Analyse aan de hand van Europese regelgeving.....	59
3.6 Conclusie .....	63

<b>4.</b>	<b>Beschrijving van het veld .....</b>	<b>64</b>
4.1	<i>Inleiding .....</i>	64
4.2	<i>Psychogeriatric .....</i>	64
4.2.1	Achtergronden en algemene ontwikkelingen psychogeriatric zorg .....	64
4.2.2	Psychogeriatric patiënten thuis .....	65
4.2.3	Huisartsen .....	66
4.2.4	Ziekenhuizen .....	66
4.2.5	Woonzorgcomplexen .....	67
4.2.6	Kleinschalige woonvoorzieningen .....	68
4.3	<i>Verstandelijk gehandicaptenzorg .....</i>	70
4.3.1	Achtergronden en algemene ontwikkelingen verstandelijk gehandicaptenzorg ...	70
4.3.2	Verstandelijk gehandicapten thuis .....	71
4.3.3	Logeerhuizen .....	71
4.3.4	Huisartsen en ziekenhuizen .....	71
4.3.5	Gezinsvervangende tehuizen .....	73
4.3.6	Dagverblijven .....	73
4.3.7	Sociaal pedagogische diensten (SPD) .....	74
4.3.8	Overig .....	74
4.4	<i>Indicatiestelling .....</i>	74
4.4.1	Functiegericht indiceren .....	75
4.4.2	Gevolgen voor instellingen .....	76
4.5	<i>Conclusie .....</i>	77
<b>5.</b>	<b>Analyse respons .....</b>	<b>78</b>
5.1	<i>Respons .....</i>	78
5.2	<i>Verklaring non-respons .....</i>	79
5.2.1	Conclusie .....	81
5.3	<i>Ziekenhuizen nader bekeken .....</i>	81
5.3.1	Conclusie .....	82
<b>6.</b>	<b>Vrijheidsbeperkingen in de zorg aan psychogeriatric patiënten .....</b>	<b>83</b>
6.1	<i>Inleiding .....</i>	83
6.2	<i>Profiel instellingen .....</i>	83
6.2.1	Kwantitatief onderzoek .....	83
6.2.2	Kwalitatief onderzoek .....	84
6.3	<i>Wilsonbekwaamheid en vertegenwoordiging .....</i>	86
6.3.1	Wilsonbekwaamheid .....	87
6.3.2	Vertegenwoordiging .....	91
6.4	<i>Totstandkoming en inhoud zorgplan .....</i>	94
6.5	<i>Toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen, bij overeenkomst, in het kader van dwangbehandeling en in het geval van een noodsituatie .....</i>	98
6.5.1	Definitie vrijheidsbeperkingen .....	98
6.5.2	Medicatie als vrijheidsbeperking? .....	104
6.5.3	Het vóórkomen van vrijheidsbeperkingen .....	109
6.5.4	Redenen toepassing .....	118

6.5.5	Procedures rondom vrijheidsbeperkingen.....	123
6.5.6	Vrijheidsbeperkingen in kader overeenkomst .....	129
6.5.7	Dwang .....	130
6.5.8	Noodsituaties.....	135
6.6	<i>Overige beperkingen</i> .....	139
6.7	<i>Toezicht</i> .....	139
6.8	<i>Registratie en eventuele meldingen</i> .....	143
6.9	<i>Verantwoorde zorg</i> .....	147
6.9.1	Scholing.....	147
6.9.2	Grenzen zorg en overplaatsing .....	150
6.9.3	Informatieverstrekking .....	153
6.9.4	Klachtenregelingen.....	156
6.10	<i>Nieuwe regelgeving?</i> .....	157
<b>7.</b>	<b>Vrijheidsbeperkingen in de zorg aan mensen met een verstandelijke handicap..</b>	<b>162</b>
7.1	<i>Inleiding</i> .....	162
7.2	<i>Profiel instellingen</i> .....	162
7.2.1	Kwantitatief onderzoek .....	162
7.2.2	Kwalitatief onderzoek .....	164
7.3	<i>Wilsonbekwaamheid en vertegenwoordiging</i> .....	167
7.3.1	Wilsonbekwaamheid .....	167
7.3.2	Vertegenwoordiging .....	171
7.4	<i>Totstandkoming en inhoud zorgplan</i> .....	174
7.5	<i>Toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen, bij overeenkomst, in het kader van dwangbehandeling en in het geval van een noodsituatie</i> .....	179
7.5.1	Definitie vrijheidsbeperkingen .....	179
7.5.2	Medicatie als vrijheidsbeperking? .....	186
7.5.3	Het vóórkomen van vrijheidsbeperkingen .....	190
7.5.4	Redenen toepassing .....	200
7.5.5	Procedures rondom vrijheidsbeperkingen.....	206
7.5.6	Vrijheidsbeperkingen in kader overeenkomst, onder dwang of in noodsituaties? 213	
7.5.7	Dwang .....	214
7.5.8	Noodsituaties.....	218
7.6	<i>Overige beperkingen</i> .....	220
7.7	<i>Toezicht</i> .....	221
7.8	<i>Registratie en eventuele meldingen</i> .....	225
7.9	<i>Verantwoorde zorg</i> .....	231
7.9.1	Beleid.....	231
7.9.2	Scholing.....	233
7.9.3	Grenzen zorg en overplaatsing .....	237
7.9.4	Informatieverstrekking .....	239
7.9.5	Klachtenregelingen.....	242
7.10	<i>Nieuwe regelgeving?</i> .....	243

<b>8.</b>	<b>Slotbeschouwing.....</b>	<b>247</b>
8.1	<i>Inleiding .....</i>	247
8.2	<i>Onderzoeksopzet.....</i>	248
8.2.1	Betrouwbaarheid onderzoek .....	249
8.3	<i>Resultaten.....</i>	250
8.3.1	Organisatie van zorg .....	250
8.3.2	Vrijheidsbeperkingen: in hoeverre komt het voor? .....	250
8.3.3	Procedure vrijheidsbeperkingen .....	252
8.3.4	Zorgvuldigheid toepassingen vrijheidsbeperkingen .....	258
8.3.5	Ervaringen .....	262
8.3.6	Naar een nieuwe regelgeving?.....	263
8.4	<i>Uitgangspunten voor een nieuwe wettelijke regeling .....</i>	266
	<b>Bronvermeldingen .....</b>	<b>270</b>
<b>Bijlage 1</b>	<b>Vragenlijst .....</b>	<b>276</b>
<b>Bijlage 2</b>	<b>Extra vragen huisartsen .....</b>	<b>286</b>
<b>Bijlage 3</b>	<b>Vragenlijst interviews .....</b>	<b>287</b>
<b>Bijlage 4</b>	<b>Verslag invitational conference .....</b>	<b>297</b>



# Lijst van afkortingen

A-G	Advocaat-Generaal
AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
AVG	Arts voor verstandelijk gehandicapten
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
(k)BJ	(Kwartaalblad) Bopz-Jurisprudentie
BW	Burgerlijk Wetboek
Bza	Besluit zorgaanspraken
EVRM	Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden
GAAZ	Geriatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis
Gbgg-groep	Geen bereidheid, geen bezwaar-groep. Aanduiding voor patiënten/cliënten die geen bereidheid tonen voor opneming in een psychiatrisch ziekenhuis, maar daartegen ook geen verzet tegen uiten
GVT	Gezinsvervangend tehuis
HR	Hoge Raad
IBS	Inbewaringstelling
IBMG	Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
KWV	Kleinschalige woonvoorzieningen
LCIG	Landelijke Centrum Indicatiestelling Gehandicapten
LVT	Landelijke vereniging voor thuiszorg
M&M	Middelen of maatregelen
MDO	Multidisciplinair Overleg
NHG	Nederlands huisartsengenootschap
NJ	Nederlandse Jurisprudentie
NCvG	Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken
NVAVG	Nederlandse vereniging voor artsen voor verstandelijk gehandicapten
NVVA	Nederlandse vereniging voor verpleeghuisartsen
NWO	Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek
Nzi	Nationaal Ziekenhuisinstituut
OM	Openbaar Ministerie
OvJ	Officier van Justitie
PG	Psychogeriatric
PGB	Persoonsgebonden budget
Rb	Rechtbank
RIO	Regionaal indicatieorgaan
RM	Rechterlijke Machtiging
SPD	Sociaal Pedagogische Dienst
Stb	Staatsblad
Vbm	Vrijheidsbeperkende maatregelen
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
VG	Verstandelijk gehandicaptenzorg
VRMB	Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de waardigheid van het menselijk wezen met betrekking tot de toepassing van de biologie en de geneeskunde:
WVG	Wet voorzieningen gehandicapten

VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wet BIG	Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg
Wet Bopz	Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
Wgbo	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
WZC	Woonzorgcomplexen
Zib	Zorgindicatiebesluit
ZonMW	Zorgonderzoek Nederland Medische wetenschappen. ZonMw is een samenwerking van Zorgonderzoek Nederland en het gebied Medische wetenschappen van NWO

# Veelgebruikte definities

**Vrijheidsbeperkende maatregelen / toepassingen:** iedere toepassing die een inbreuk maakt op de (bewegings)vrijheid van psychogeriatrische patiënten of verstandelijk gehandicapten.

Voorbeelden zijn:

- **Afzonderen:** voor verzorging, verpleging en behandeling insluiten van een cliënt voor een daarvoor bestemde eenpersoons kamer.
- **Fixeren:** iedere vorm van beperking van de cliënt in zijn bewegingsmogelijkheden zoals het plaatsen van bedhekken, het gebruik van Zweedse banden, tafelsteunen of iemand met een speciale stoel tegen een tafel aanzetten. In dit onderzoeksrapport wordt daarbij onderscheiden in zware fixatie en lichte fixatie. Tijdens het onderzoek zijn deze termen niet gebruikt ten overstaan van respondenten.

**Zware fixatie:** toepassingen van Zweedse banden, het gebruik van verpleegdekens en andere fixatiemiddelen die direct op of aan het lichaam worden toegepast

**Lichte fixatie:** fixatiemiddelen die niet direct op of aan het lichaam worden toegepast, bijvoorbeeld het bevestigen van een plank onder een stoel, tafelsteunen, een diepe stoel. Het gebruik van bedhekken is in deze definitie ook een vorm van lichte fixatie. Omdat deze toepassing in de praktijk veelvuldig gebruikt wordt is deze apart onderzocht.

- **Andere voorbeelden van vrijheidsbeperkingen:** het toedienen van psychofarmaca en/of sederende medicatie, het gecamoufleerd toedienen van medicatie (bijvoorbeeld in de pap), het tegen de wil van de betrokkene/cliënt voedsel en vocht toedienen, deur op slot doen, het gebruik van een belmat of deurmelder, het controleren van poststukken, het beperken van telefoonverkeer en het beperken van het ontvangen van bezoek.

**Dwangbehandeling:** het toepassen van van vrijheidsbeperkingen terwijl de cliënt of diens vertegenwoordiger het daar niet mee eens is.

**Verzet:** iemand die op enigerlei wijze laat blijken dat hij een bepaalde verrichting of behandeling niet wenst.

**Noodsituatie:** bij uitzondering kan onverwacht een noodsituatie zich voordoen, waarin het zorgplan niet voorziet. Ter overbrugging van een dergelijke (tijdelijke) situatie kunnen bovengenoemde vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast.

**Bopz-aangemerkte instellingen / Bopz-locaties:** intramurale instellingen/locaties voor psychiatrische- en psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten, waarvoor het erkenningstelsel van art. 1, lid 1 sub h van de Wet Bopz geldt. Een aanmerking is een speciale vergunning, die verstrekt wordt door het Ministerie van VWS, op basis waarvan intramurale instellingen de Wet Bopz mogen toepassen en cliënten met een Bopz-status kunnen opnemen.

**Bopz-status:** de patiënt is opgenomen via een Bopz-maatregel. De wet kent er drie:

- **Bopz-indicatie:** het gaat hier om een opnemingsindicatie op grond van art. 60 van de Wet Bopz die door een Bopz-indicatiecommissie wordt afgegeven.
- **Opneming door middel van een rechterlijke Machtiging (RM):** een opneming door middel van de in art. 2 Bopz en verder beschreven procedure via de rechter en een eventuele verlenging van die opname door de rechter.
- **Opneming door middel van een inbewaringstelling of (IBS):** een opneming door middel van de in art. 20 Bopz en verder beschreven procedure via de burgemeester en een verlenging daarvan door de rechter.

**Psychogeriatrische patiënt / -cliënt / -bewoner:** in dit onderzoek worden hieronder mensen verstaan die aan enigerlei vorm van dementie lijden.

**Verstandelijk gehandicapte:** Mensen met een geringe intelligentie en beperkingen bij de sociale redzaamheid.

**Mantelzorger** degene in de omgeving van de patiënt die anders dan in de uitoefening van beroep bijdraagt aan de zorg voor de cliënt, bijvoorbeeld familie, vrienden of bureu.

**Protocol:** procedures of afspraken die door de beroepsbeoefenaren worden gemaakt om de zorg zo goed mogelijk te laten verlopen. Het is een soort handleiding waarin concreet is aangegeven wat in een bepaalde situatie moet gebeuren. Onder protocol worden in dit verband ook richtlijnen, standaarden en dergelijke verstaan.

**Vertegenwoordiger:** iemand die de belangen van een wilsonbekwame cliënt bij het nemen van een zorgbeslissing behartigt, bijvoorbeeld een familielid, een curator of een mentor.

**Wilsonbekwaamheid:** het *niet* in staat zijn om ter zake een redelijke belangenafweging te maken.

**Zorgplan, behandelingsplan:** elke vorm van registratie die afspraken met betrekking tot behandeling/verzorging van de cliënt bevat.

# 1

## Inleiding

In april 2002 is het tweede evaluatierapport van de Wet Bopz verschenen. (ZonMw Commissie Evaluatie Regelgeving, 2002). Een van de deelrapporten betrof een onderzoek naar de interne rechtspositie van psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten. Dit onderzoek geeft een overzicht naar de mate waarin toepassingen van vrijheidsbeperkingen plaatsvinden in instellingen met een Bopz-aanmerking (Arends, et al., 2002). De conclusie van de Bopz-evaluatie is dat de Wet Bopz voor de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg geen geschikt kader vormt.

De voornaamste kritiekpunten die het rapport naar voren brengt zijn: de Wet Bopz is gericht op tijdelijkheid van onvrijwillige opname en toepassingen van vrijheidsbeperkingen, terwijl zowel de opname als de toepassingen in psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg veelal een structureel karakter hebben. Het behandelplan dat op grond van de wet moet worden opgesteld, richt zich op het zodanig verbeteren van de gezondheidstoestand van de patiënt dat het gevaar dat heeft geleid tot de onvrijwillige opname wordt weggenomen. Deze doelstelling is voor beide sectoren veelal feitelijk onmogelijk. De Wet Bopz gaat voorts uit van een medisch model, hetgeen met name in de verstandelijk gehandicaptenzorg niet aansluit op de zorgvisie. Van de beoogde transparantie van toepassing van vrijheidsbeperkingen is weinig sprake. De uitvoering van de Wet Bopz blijkt te complex voor de praktijk: teveel begrippen lenen zich voor verschillende uitleg, waardoor rechtsbescherming uitblijft. Een laatste constatering is dat de Wet Bopz een instellingsgebonden wet is, terwijl toepassingen van vrijheidsbeperkingen door het hele zorgspectrum plaatsvinden. (Bakker, et al., 2002; Inspectie voor de Gezondheidszorg, 1996a; 1996b; Wesseling, 1996; Wettum, 1996)

Zowel in de psychogeriatric als in de verstandelijk gehandicaptenzorg is een verschuiving van zorg gaande van intramurale naar semi-; trans- en extramurale voorzieningen. Deze wordt veroorzaakt door een door de overheid ingezet beleid van substitutie van zorg. Daarnaast hebben zich in beide sectoren ontwikkelingen voorgedaan ten aanzien van de zorgvisie, hetgeen eveneens met zich meebrengt dat het accent verschoven wordt naar minder 'zware' zorgvoorzieningen. Deze verschuiving heeft tot gevolg dat in lichtere zorgvormen zwaardere zorg geleverd wordt, waarbij volgens verschillende onderzoeken soms dus ook vrijheidsbeperkende maatregelen worden gebruikt. (Bakker, et al., 1997; Wesseling, 1996; Wettum, 1996) Daarbij rijst de vraag welke consequenties dit heeft voor de rechtspositie van psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten. Cliëntengroepen die in niet-intramurale settings blootstaan aan vrijheidsbeperkende maatregelen, worden immers niet beschermd door de Wet Bopz.

Bovenstaande roept de vraag op of in de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg met betrekking tot toepassing van vrijheidsbeperkingen geen ander wettelijk kader zou moeten gelden dat meer aansluit op de aard van de zorg die geboden wordt, alsmede op de plaatsen waar die zorg plaatsvindt. Ook bij het Ministerie VWS leeft inmiddels die vraag en daarom heeft

het in november 2002 aan het instituut voor Beleid en Management Gezondheidszorg, onderdeel van het Erasmus Medisch Centrum/Erasmus Universiteit Rotterdam de opdracht gegeven om verder onderzoek te verrichten naar de aard van de problematiek in de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg met betrekking tot toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen op plaatsen waar de Wet Bopz niet van toepassing is. Aan dit onderzoek lag de volgende probleemstelling ten grondslag:

In hoeverre bestaat er behoefte aan extra rechtsbescherming voor psychogeriatric patiënten en verstandelijk gehandicapten indien vrijheidsbeperkingen worden toegepast op plaatsen waar de Wet Bopz niet van toepassing is?

## **1.1 Leeswijzer**

Ter beantwoording van de onderzoeksvraag is een literatuurstudie verricht, alsmede een kwantitatief en een kwalitatief onderzoek. In het volgende hoofdstuk volgt een uitgebreide verslaglegging van de opzet van het onderzoek.

De literatuurstudie valt uiteen in twee onderdelen, het wettelijk kader en een beschrijving van het veld. Deze worden besproken in hoofdstukken drie en vier. Hoofdstuk drie bevat allereerst een uitgebreide analyse van de relevante kamerstukken met betrekking tot de Wet Bopz en de Wgbo. Vervolgens worden samenvattingen gegeven van alle onderzochte relevante jurisprudentie. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een nadere analyse, waarbij parlementaire geschiedenis, jurisprudentie en literatuur met elkaar in verband worden gebracht.

In hoofdstuk vijf wordt de respons op het kwantitatieve onderzoek geanalyseerd en worden uitspraken gedaan over de betrouwbaarheid van dit deel van het onderzoek. Omdat deze analyse voor beide respondentengroepen tegelijk is uitgevoerd, is ervoor gekozen dit bondig in één hoofdstuk weer te geven.

Het veldonderzoek wordt voor beide sectoren apart beschreven: de psychogeriatric in hoofdstuk zes en de verstandelijk gehandicaptenzorg in hoofdstuk zeven. Voor degenen die uitsluitend een overzicht van de resultaten van het onderzoek met betrekking tot hoe de één van beide patiëntengroepen georganiseerd is, volstaat het lezen van één van beide hoofdstukken. Onderzoeksresultaten met betrekking tot zorgaanbieders die zorg verlenen aan zowel psychogeriatric patiënten als verstandelijk gehandicapten zijn weergegeven in beide hoofdstukken en aangepast aan de specifieke resultaten voor de betreffende cliëntengroep. De resultaten hoofdstukken zijn beide op dezelfde wijze per thema ingedeeld. Dit vergemakkelijkt een eventuele vergelijking. Per thema is steeds een onderverdeling gemaakt per onderzochte zorgaanbieder. Dit wordt met kopjes aangegeven. Iedere paragraaf wordt afgesloten met een conclusie. Voor degenen die op zoek zijn naar een wat globaler overzicht van iedere sector, volstaat het lezen van de conclusies bij de paragrafen.

Hoofdstuk acht bevat een uitgebreide analyse, waarbij de belangrijkste onderzoeksresultaten worden belicht, alsmede de conclusies en aanbevelingen.

De inhoudsopgave kan behulpzaam zijn bij het vinden van de thema's waarover u meer informatie wenst. Na de inhoudsopgave is een bovendien een afkortingenlijst opgenomen, alsmede een definitielijst met veelgebruikte begrippen.

# 2

## Onderzoeksopzet

### 2.1 Inleiding

Dit onderzoek heeft tot doel de problematiek te inventariseren rondom vrijheidsbeperkende maatregelen bij psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten op plaatsen waar de Wet Bopz niet van toepassing is, teneinde vast te kunnen stellen of aanvullende regelgeving noodzakelijk is om de rechtspositie van deze cliëntengroepen te beschermen.

Zoals in de inleiding al werd vermeld, ligt de volgende vraag aan dit onderzoek ten grondslag:

In hoeverre bestaat er behoefte aan extra rechtsbescherming voor psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten, indien vrijheidsbeperkingen worden toegepast op plaatsen waar de Wet Bopz niet van toepassing is?

De probleemstelling werd geoperationaliseerd in zes deelvragen:

1. Op welke wijze en in welke mate is zorg aan psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten georganiseerd?
2. Hoeveel vrijheidsbeperkende maatregelen worden bij psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten toegepast op plaatsen en in situaties waar de Wet Bopz niet geldt en in hoeveel van deze gevallen betreft het dwang?
3. Wie beslist tot toepassing van vrijheidsbeperkingen en in hoeverre is men zich bewust van het beperkende karakter ervan?
4. Welke mate van zorgvuldigheid wordt bij toepassingen van vrijheidsbeperkingen betracht?
5. Wat zijn ervaringen van zorgverleners met (dwang)toepassingen van vrijheidsbeperkende maatregelen?
6. In hoeverre en op welke wijze zouden vrijheidsbeperkingen in deze setting verder dienen te worden gereguleerd?

Bij de opzet van dit onderzoek is rekening gehouden met de wijze waarop de interne rechtspositie van psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten in het kader van de tweede Bopz-evaluatie om de onderlinge vergelijkbaarheid van de gegevens zo groot mogelijk te houden. Het onderzoek bestaat uit een literatuurstudie, een kwalitatieve onderzoeksfase, een kwantitatieve onderzoeksfase en een slotfase waarin een invitational conference werd gehouden. Paragraaf 2.2 bevat een uiteenzetting van de samenstelling van het onderzoeksteam, waarna in de volgende paragrafen alle onderzoeksfases nader zullen worden toegelicht.

## 2.2 Samenstelling en verantwoording werkzaamheden onderzoeksteam

Dit onderzoek is verricht in opdracht van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Sport; in het bijzonder de directies voor Verpleging, Verzorging en Ouderen (DVVO) en Gehandicaptenbeleid (DGB). De opdracht is verleend aan het instituut voor Beleid en Management Gezondheidszorg, onderdeel van het Erasmus Medisch Centrum/Erasmus Universiteit Rotterdam. Projectleider van het onderzoek is mr. L.A.P. Arends, Universitair Docent en Onderzoeker gezondheidsrecht. De kwantitatieve gegevens zijn verzameld door drs. R. Dursun, junioronderzoeker en L.A.P. Arends. Onderzoeksassistentie werd verleend door mw. drs. T. Stigter, junioronderzoeker.

De interviews zijn afgenomen door mr. L.A.P. Arends, mw. drs. T. van der Ploeg, mw. C. van der Zon, en drs. R. Dursun, met dank aan mw. H. Gerritsma, mw. D. Ngo, mw. A. Akram, dhr. T. Zwiers en mw. E. van der Schee voor een groot deel van de uitwerkingen.

De gegevens voor de literatuurstudie zijn verzameld door R. Dursun.

Het onderzoeksrapport is geschreven door mr. L.A.P. Arends met assistentie van R. Dursun bij hoofdstuk drie en de kwantitatieve verwerkingen.

Het onderzoek werd bijgestaan door een klankbordgroep, waarvan de leden afkomstig waren uit de sectoren verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatric. Deze had de volgende samenstelling:

Mw. drs. A. Dijkgraaf, Nederlandse vereniging artsen verstandelijk gehandicaptenzorg (NVAVG)

Mw. drs. E. Gorter, Directie Gehandicaptenzorg, ministerie VWS

Mr. R. Knuiman, Nederlandse vereniging voor verpleeghuisartsen (NVVA)

Mw. mr. F.A. Mutgeert, Directie Curatieve Zorg, ministerie VWS

Mw. mr. J.D.M. Pattiwael, Directie Verpleging en Ouderenzorg, ministerie VWS

Mw. mr. J.M. Schuite, Directie Verpleging en Ouderenzorg, ministerie VWS

Mw. M.C.G. van der Zanden, Inspectie gezondheidszorg

De leden van deze groep gaven -inhoudelijk- advies ten aanzien van de opzet en de uitvoering van het onderzoek. Daarnaast waren de leden ook afzonderlijk te benaderen voor vragen en adviezen omtrent het onderzoek. Het onderzoeksteam wil de leden van de klankbordgroep hartelijk danken voor hun ondersteuning.

## 2.3 Literatuuronderzoek

Het literatuuronderzoek bestaat uit twee gedeelten. Allereerst is getracht een volledig inzicht te verkrijgen in de betekenis en de reikwijdte van het juridische kader met betrekking tot vrijheidsbeperkingen op psychogeriatric patiënten en verstandelijk gehandicapten. Daartoe zijn de wetteksten van de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz), en de Wet Geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo) bestudeerd, alsmede de kamerstukken en de jurisprudentie. Ten behoeve van het jurisprudentieonderzoek zijn de volgende tijdschriften bestudeerd: (k)BJ, het tijdschrift voor Gezondheidsrecht en NJ. Voorts is bekeken wat er in literatuur over toepassing van vrijheidsbeperkingen op niet-Bopz-plaatsen is vermeld. Een verslag van het eerste gedeelte van het literatuuronderzoek treft u aan in hoofdstuk drie.

Het tweede deel van het literatuuronderzoek betreft een verkenning naar de zorgvormen en – producten die de afgelopen jaren voor psychogeriatric patiënten en verstandelijk gehandicapten zijn ontwikkeld. Inzicht in de wijze waarop zorg aan deze cliëntengroepen plaatsvond, was noodzakelijk om te kunnen achterhalen waar mogelijk vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast. Het zorgspectrum van beide cliëntengroepen wordt besproken in hoofdstuk vier.



## **2.4 Kwalitatieve onderzoeksmethode**

Het kwalitatieve onderzoek bestond uit 108 interviews die plaatsvonden bij 35 zorgaanbieders. Doel van deze fase was het in kaart brengen van de verscheidenheid van de zorgpraktijk ten aanzien van het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen bij psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten op plaatsen en in situaties waar de Wet Bopz niet geldt. De kwalitatieve onderzoeksmethode geeft de mogelijkheid inzicht te krijgen in de handelingen, belevingen en gedragingen van zorgaanbieders met betrekking tot de organisatie van de zorg aan psychogeriatrische patiënten e/of verstandelijk gehandicapten. Bijzondere aandachtspunten daarbij zijn de ervaringen van zorgverleners met toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen, waar de grenzen liggen van de zorg die binnen de eigen setting aan psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten verleend kan worden, alsmede op de behoefte die bestaat aan een (duidelijker) wettelijk kader.

Het kwalitatieve onderzoeksgedeelte is voor een deel opgezet aan de hand van de Delphi-methode. (Maassen en Vught, 1984) De kern van deze onderzoeksmethode is het systematisch streven naar consensus. Deskundigen worden onafhankelijk van elkaar ondervraagd in een aantal opeenvolgende ronden. Tussen de verschillende ronden door worden de anonieme antwoorden uit de eerste ronde als basismateriaal gebruikt voor de interviews in de tweede ronde, etc. In de klassieke Delphi-methode is sprake van één groep deskundigen en verschillende ronden vraaggesprekken om de mate van overeenstemming optimaal te krijgen.

De in dit onderzoek gebruikte methode wijkt van deze 'klassieke' Delphi-methode af, vanwege het feit dat er goede ervaringen met de gebruikte methode bij eerdere onderzoeken waren. (o.a. Arends, et al., 2002; Legemaate, et al., 2002; Wettum, 1996) De aanpassing maakt de methode minder tijdrovend, zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit van het onderzoek.

De methode is als volgt aangepast. Er heeft één ronde van interviews plaatsgevonden met een groot aantal respondenten die ter zake deskundig waren. In de vervolgfase is gekozen voor het organiseren van een invitational conference. Deze conference heeft vooral een verificatie van de gegevens tot doel. Hieronder volgt een beschrijving van beide onderdelen.

### **2.4.1 Interviews**

#### **2.4.1.1 Selectie en respons**

De zorgaanbieders zijn geselecteerd op basis van het literatuuronderzoek dat is weergegeven in hoofdstuk vier. Psychogeriatrische zorgaanbieders waren een kleinschalige woonvoorziening en woonzorgcomplexen, met als zorgproducten onder andere kleine zelfstandige woonvormen, aanleunwoningen, dagbehandeling, logeerhuizen, en soms ook verzorgingshuis- en/of (aanvullende) verpleeghuiszorg. Daarnaast is in een RIO geïnterviewd. In de ziekenhuizen, thuiszorginstellingen en bij huisartsen handelden de interviews voor een groot deel over psychogeriatrische patiënten, maar hadden verschillende zorgaanbieders ook in meer of mindere mate ervaring met verstandelijk gehandicapten.

De onderzochte aanbieders van verstandelijk gehandicaptenzorg bestonden uit gezinsvervangende tehuizen, dagbehandeling/dagbesteding/dagverblijf, sociaal-pedagogische diensten (SPD's) en logeerhuizen. Alle bezochte instanties vormden onderdeel van grote zorgconcerns waar meerdere zorgproducten werden aangeboden en waar in ieder geval ook steeds intramurale zorg onderdeel van uitmaakte. Verder is geïnterviewd bij het LCIG.

De selectie van de zorgaanbieders die bezocht zijn heeft plaatsgevonden op basis van de aard van de zorg die werd aangeboden, de geografische ligging, en het gegeven dat er ervaringen waren met toepassingen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Overigens zijn de instellingen

at random telefonisch benaderd met de vraag om mee te werken. Het streven was om van iedere zorgvorm vier deelnemende instellingen te vinden. Dat is niet overal gelukt. Van sommigen was de groep die benaderd kon worden dusdanig klein, dat het moeite kostte om respondenten te vinden.

Het vinden van respondenten bleek bij alle te benaderen groepen een probleem. Alleen het vinden van voldoende meewerkende ziekenhuizen was relatief gemakkelijk. Uit de reacties die telefonisch op het verzoek werden gegeven bleek dat de belangrijkste redenen waren om niet mee te werken waren: geen tijd, men had andere prioriteiten, er werden geen of nauwelijks vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast, of – uiteraard uitsluitend op plaatsen waar de te onderzoeken cliëntengroepen geen specifieke doelgroep waren – men verleende geen of nauwelijks zorg aan psychogeriatrische patiënten en/of verstandelijk gehandicapten. Bij commerciële thuiszorgorganisaties was onder dertig instellingen zelfs geen enkele te vinden die ervaring had met vrijheidsbeperkingen bij een van beide doelgroepen, vandaar dat besloten is om af te zien van interviews bij deze groep. Verder is het niet gelukt een dagverblijf voor kinderen bereid te vinden om mee te werken aan het onderzoek. Bij diverse concerns voor verstandelijk gehandicaptenzorg kon men echter wel informatie geven over deze zorgvorm, zodat hierover toch enkele zaken in de rapportage konden worden opgenomen.

Zorgproducten als dagopvang, dagbehandeling, en logeerhuizen in de ouderenzorg komen niet of nauwelijks zelfstandig voor. Ze vormen, zoals in hoofdstuk vier uitgebreid wordt beschreven onderdeel van woonzorgcomplexen of maken deel uit van verpleeg- en/of verzorgingshuizen. Gegevens over deze zorgproducten zijn verwerkt onder de noemer 'woonzorgcomplexen'.

#### **2.4.1.2 Respondenten**

Bij alle zorgaanbieders zijn interviews gehouden met personen die op verschillende niveaus betrokken waren bij de zorg voor psychogeriatrische patiënten en/of verstandelijk gehandicapten.

Het betrof onder andere

- vertegenwoordigers,
- verzorgenden en verpleegkundigen,
- afdelingshoofden,
- beleidsmedewerkers,
- orthopedagogen (verstandelijk gehandicaptenzorg)
- (huis)artsen/specialisten,
- managers/directeuren.

Het bleek moeilijk om vertegenwoordigers te vinden die hun medewerking verleenden aan dit onderzoek. Vertegenwoordigers werden, net als bij andere onderzoeken over dit onderwerp (Arends, et al., 2002; Arends en Stigter, 2003) aangezocht via de zorgaanbieder, die gevraagd werd om iemand ten behoeve van het onderzoek te benaderen. Veel instellingen gaven echter aan dat zij het onderzoek voor vertegenwoordigers of cliënten zelf te belastend vonden, dan wel was het verloop van de cliënten te groot om geschikte vertegenwoordigers te vinden. Waar mogelijk zijn in ieder geval vertegenwoordigers geïnterviewd.

In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de geïnterviewde zorgaanbieders en respondenten.

**Tabel 2-1 geïnterviewde personen**

Sector	Type zorgaanbieder	Aantal	Respondent	Aantal
1Psychogeriatric	Woonzorgcomplexen	4	Directeur/zorgmanager	4
			Verpleegkundige	3
			Zorgcoördinator	2
			Vertegenwoordiger	2
			Verzorgende	4
			Casemanager	1
	Kleinschalige woonvoorziening	1	Directeur	1
			Manager	1
			Verzorgende	1
			Vertegenwoordiger	1
	RIO	1	Regiomanager kwaliteit	1
Psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg	Thuiszorginstellingen	4	Zorgmanager	4
			Beleidsmedewerker	3
			Wijkverpleegkundige	3
			Verzorgende	1
			Zorgcoördinator	2
			Casemanager	1
	Ziekenhuizen	5	Zorgmanager	1
			Beleidsmedewerker	2
			Afdelingshoofd	4
			Zorgcoördinator	1
			Geriatr	4
			Internist	1
			Cardioloog	1
			Longarts	1
			Specialistisch verpleegkundige psychogeriatric	5
			Verpleegkundige	8
			Huisartsen	4
	GVT	5	Locatiehoofd	4
			Teamleider/begeleider	4
			Vertegenwoordiger	2
	SPD	2	Beleidsmedewerker	2
			Zorgconsulent	2
	Dagverblijf	3	Locatiemanager	2
Zorgcoördinator/Teamleider			3	
Orthopedagoog			2	
Verzorgende			2	
Logeerhuis	2	Teamleider	2	
		Verzorgende	2	
Management instellingen	7	Locatiemanager	1	
		Sectormanager	3	
		Zorgmanager/directeur zorg	4	
LCIG	1	Beleidsmedewerker	5	
			1	
TOTAAL		35*		108

\*35 instellingen (incl. management) + 3 instellingen verstandelijk gehandicaptenzorg uitsluitend management

#### **2.4.1.3 Werkwijze**

De interviews namen één tot twee uur in beslag en waren semi-gestructureerd van opzet. De reden hiervoor was dat semi-gestructureerde interviews bij de verwerking van gegevens meer mogelijkheden bieden voor onderlinge vergelijking. Aan de andere kant biedt een semi-gestructureerde vragenlijst weer meer mogelijkheden voor verdieping dan volledig gestructureerde vragen. De interviews zijn weliswaar door verschillende onderzoekers afgenomen, maar ieder maakte gebruik van dezelfde vragenlijst. Van alle gesprekken zijn geluidsopnames gemaakt en deze zijn verbatim uitgewerkt in een onderzoeksverslag.

Ieder onderzoeksverslag is vervolgens per thema onderverdeeld en wel zodanig dat uitspraken met elkaar konden worden vergeleken. In de onderzoeksrapportage worden samenvattingen van deze uitspraken weergegeven. Ter illustratie worden op tal van plaatsen citaten van uitspraken weergegeven die representatief zijn voor de betreffende beschreven situatie. De selectie van die uitspraken heeft in nauw overleg binnen het onderzoeksteam plaatsgevonden. Aldus is zoveel mogelijk representativiteit en objectiviteit nagestreefd bij de weergave van de interviews.

#### **2.4.1.4 Inhoud interviews**

Hoewel de Wet Bopz bij de onderzochte zorgaanbieders niet van toepassing is, is er toch voor gekozen om bij onderzoeken van de zorg die in deze instellingen aan psychogeriatrische cliënten en/of verstandelijk gehandicapten wordt verleend het kader dat door de Wet Bopz wordt gesteld als uitgangspunt te nemen, zodat een optimale uitspraak kon worden verkregen over de kwaliteit van zorg die met betrekking tot de toepassing van vrijheidsbeperkingen wordt geleverd en van welke mate van rechtsbescherming daarbij sprake is. Aldus konden alle instellingen volgens een zelfde manier worden vergeleken en konden eventuele tekortkomingen aan het licht komen. Op deze wijze is een vragenlijst samengesteld die als bijlage 1 bij dit onderzoeksrapport is opgenomen.

De inhoud van de vragenlijst bestond uit vaste items die per respondent waren aangepast aan de kennis, expertise en ervaringen. Doel van de gestelde vragen was te achterhalen hoe de zorg aan psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten plaatsvond, met daarbij speciale aandacht voor toepassingen van vrijheidsbeperkingen. Verder werd gevraagd naar beleid op dit terrein en wat de ervaringen hiermee waren. De volgende onderwerpen kwamen aan de orde:

- **Profiel instelling**

De vragen die op dit onderwerp betrekking hadden, hadden tot doel in kaart te brengen hoe groot instellingen zijn, in hoeverre ze deel uitmaken van een grotere stichting, in hoeverre ze speciale voorzieningen hebben getroffen voor psychogeriatrische cliënten en verstandelijk gehandicapten.

- **De totstandkoming van het zorgplan**

Hierbij werd aandacht besteed aan de vraag wie na opname een vertegenwoordiger krijgt, wat voor rol wils(on)bekwaamheid hierin speelt, wanneer er een zorgplan wordt opgesteld, welke actoren betrokken zijn bij de totstandkoming van het zorgplan, en aan wie bij het opstellen van het zorgplan om toestemming wordt gevraagd.

- **De uitvoering van het zorgplan**

Aan de orde kwam onder meer welke items standaard in het zorgplan van een bewoner worden opgenomen, in hoeverre middelen of maatregelen worden toegepast; of er dwang wordt gebruikt en of dit geregistreerd en gemeld wordt en hoe de informatieverstrekking ver-

loopt naar bewoner en vertegenwoordiger over de zorg in het algemeen en vrijheidsbeperkingen in het bijzonder. Speciale aandacht daarbij was in hoeverre bij de toepassing van vrijheidsbeperkingen of andere delen in het zorgplan dwang werd gebruikt.

- Het vóórkomen van noodsituaties  
De vragen onder dit kopje hadden betrekking op redenen om in noodsituaties maatregelen toe te passen die niet in het zorgplan voorkomen, de frequentie waarin dit gebeurt en in hoeverre dit geregistreerd en gemeld wordt.
- De toepassing van huisregels/instellingsreglementen  
De opgenomen vragen over huisregels hadden tot doel te achterhalen in hoeverre de in artikel 40 genoemde beperkingen in huisregels of reglementen vervat zijn.
- De interpretatie van enige begrippen die de wet noemt  
De vragen rondom dit item waren deels gesloten, deels open van opzet en beoogden onder andere problemen met interpretatie van begrippen zoals gevaar en verzet uit de Wet Bopz te achterhalen.
- De activiteiten van de instelling om toepassingen van vrijheidsbeperkingen te operationaliseren.  
Hierbij kan men onder andere denken aan het ontwikkelen van beleid, scholing van het personeel, en het instellen van een klachtencommissie.

#### **2.4.2 Invitational conference**

Het doel van de invitational conference was om de voorlopige uitkomsten en aanbevelingen van het onderzoek ter validering voor te leggen aan diverse genodigden die werkzaam zijn in de boven beschreven categorieën zorgaanbieders. Daarnaast waren er een aantal andere participanten die te maken hebben met vrijheidsbeperkingen, dan wel de toepassing van de Wet Bopz in de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg. Het betrof mensen die afkomstig waren van de inspectie, van brancheorganisaties, en de universiteit en van het ministerie.

Op basis van de voorlopige uitkomsten zijn tien stellingen geformuleerd die aan de genodigden, door de onderzoekers verdeeld in vier kleinere werkgroepen zijn voorgelegd. Bij de bespreking van de stellingen is voor kleinere groepen gekozen omdat op deze manier de drempel om te spreken kon worden verlaagd. Aldus konden alle deelnemers vrijuit reflecteren op de stellingen. De stellingen hadden betrekking op zes thema's rondom de wijze waarop de zorg met betrekking tot vrijheidsbeperkingen bij psychogeriatric cliënten en verstandelijk gehandicapten georganiseerd zou kunnen worden, te weten:

1. De definiëring van vrijheidsbeperkingen,
2. De redenen van toepassing,
3. Plaatsen waar vrijheidsbeperkingen toegepast zouden mogen worden,
4. Procedure,
5. Transparantie bij toepassingen, en
6. De wenselijkheid van een nieuwe wettelijke regeling.

De reacties op de stellingen zijn als volgt verwerkt. In iedere werkgroep is gediscussieerd over de stellingen onder leiding van een voorzitter. De taak van de voorzitter was om de voortgang tijdens de discussie te bewaken, te zorgen dat iedere deelnemer in voldoende mate aan bod kwam en consensusstandpunten te formuleren. Bij de bepaling van deze standpunten is gebruik gemaakt van een methode die wordt gebruikt door het Kwaliteitsinstituut Gezondheidszorg CBO ("Richtlijnontwikkeling binnen het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO,"

2000). Deze verliep als volgt. Naar aanleiding van de discussie formuleerde de voorzitter een gemeenschappelijk standpunt. Vervolgens vroeg zij of iedereen zich met dit standpunt kon verenigen. Als deelnemers het oneens waren met het standpunt, werd dit bijgesteld of er werd een minderheidsstandpunt toegevoegd.

Tot slot vond er een plenaire terugkoppeling plaats van de uitkomsten van de kleine werkgroepen, onder leiding van een dagvoorzitter. Ook hier werd getracht tot consensus te komen.

Een verslag van de invitational conference is opgenomen in bijlage 3.

## **2.5 Kwantitatieve onderzoeksmethode**

In de oorspronkelijke onderzoeksopzet was het de bedoeling dat door middel van interviews (kwalitatief onderzoek) inzicht zou worden verkregen in de wijze waarop zorgaanbieders zorg in het algemeen verleenden aan psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten, met daarbij bijzondere aandacht voor de wijze waarop met toepassingen van vrijheidsbeperkingen werd omgegaan. Vervolgens zouden uitkomsten uit de interviewfase worden gekwantificeerd door middel van een vragenlijst die werd verzonden naar zoveel mogelijk instellingen.

De interviewfase bleek tijdens de uitvoering van het onderzoek veel tijdrovender dan verwacht. De oorzaak hiervan was dat het vinden van voldoende respondenten uiterst moeizaam verliep. Daarom is er uiteindelijk voor gekozen om een vragenlijst samen te stellen op basis van de eerste interviews die inmiddels hadden plaatsgevonden. Bovendien is mede gebruik gemaakt van de vragenlijsten die waren ontwikkeld voor het onderzoek naar de tweede Bopz-evaluatie (Arends, et al., 2002) en het onderzoek naar de problematiek van implementatie van de Wet Bopz in verzorgingshuizen. (Arends, 2001) Het voordeel van dit laatste is dat de resultaten van de drie onderzoeken op deze wijze optimaal met elkaar in verband kunnen worden gebracht. De kwalitatieve en de kwantitatieve onderzoeksfase hebben voor het overige gelijktijdig plaatsgevonden.

### **2.5.1 Inhoud enquête**

De hoofddoelstelling van de enquête was onderzoeken in welke mate vrijheidsbeperkingen bij psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten op plaatsen waar de Wet Bopz niet van toepassing is voorkomen, en een globaal inzicht verkrijgen op welke wijze het zorgsysteem is ingericht, met vrijheidsbeperkende maatregelen als speciaal aandachtspunt.

De vragenlijst is diverse malen voorgelegd aan de klankbordgroep en naar aanleiding hiervan bijgesteld. Tevens zijn enkele zorgverleners gevraagd deze bij wijze van proef uit te proberen, waarna ook nog enige aanpassingen hebben plaatsgevonden.

Net als bij het kwalitatieve onderzoek is de enquête geformuleerd met als uitgangspunt het kader dat door de Wet Bopz wordt gesteld. De vragen zijn onder een aantal koppen gerangschikt. Deze worden hieronder nader uiteengezet.

- **Algemeen**  
Allereerst zijn een aantal vragen gesteld over het zorgaanbod van de benaderde instantie of zorgverlener. Ook is gevraagd naar het aantal psychogeriatrische en of verstandelijk gehandicapte cliënten.
- **Vertegenwoordiging, wils(on)bekwaamheid en zorgplan**  
Hierbij werd aandacht besteed aan de vraag wie na opneming een vertegenwoordiger krijgt, wanneer er een zorgplan wordt opgesteld, en welke items standaard in het zorgplan van een cliënt worden opgenomen. Verder werden vragen gesteld om te achterhalen hoe met wilsonbekwaamheid wordt omgegaan. Met name bij toepassingen van vrijheidsbeperkingen is dit relevant, omdat in geval van wilsonbekwaamheid de cliënt zelf geen toestemming

meer geeft voor de handeling, waarmee het vrijheidsbeperkende karakter toeneemt.

- **Vrijheidsbeperkende maatregelen**

Aan de orde kwam onder meer welke maatregelen door de respondent als vrijheidsbeperkend werden omschreven, wie in aanmerking kwamen voor vrijheidsbeperkende maatregelen en wat de belangrijkste redenen zijn om ze voor toe te passen. Twee bijzondere situaties waarin vrijheidsbeperkingen kunnen worden toegepast zijn in het kader van dwangbehandeling of in een noodsituatie. Gevraagd is wat de respondent onder verzet verstaat en wanneer er sprake is van een noodsituatie die vrijheidsbeperkingen rechtvaardigt.

Eerder werd uiteengezet dat naast de twee hiervoor beschreven situaties vrijheidsbeperkingen ook in het kader van een overeenkomst kunnen worden toegepast. Vervolgens hadden een aantal vragen betrekking op het vóórkomen van een aantal genoemde vrijheidsbeperkingen in elk van de drie beschreven situaties, de procedure die daarbij gevolgd werd en de wijze waarop de uitvoering werd georganiseerd.

- **Scholing van hulpverleners, informatieverstrekking en klachtenregeling**

De vragen onder deze kop hadden tot strekking te onderzoeken in hoeverre de zorgaanbieder inspanningen onderneemt om de kwaliteit van zorg met betrekking tot toepassingen van vrijheidsbeperkingen te waarborgen.

- **Overige vragen**

Tot slot waren enkele deels open vragen geformuleerd, waarin respondenten hun meest belangrijke of opmerkelijke ervaring rondom toepassingen van vrijheidsbeperkende maatregelen konden weergeven, waarin gevraagd werd of er behoefte is aan nieuwe of extra regelgeving met betrekking tot rechtsbescherming van psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten en zo ja hoe dit zou moeten gebeuren.

## **2.5.2 Selectie respondenten en respons**

Eind april 2003 is de definitieve enquête verstuurd naar alle zorgaanbieders die op basis van het literatuuronderzoek waren geselecteerd. In totaal zijn 2011 vragenlijsten verzonden.

### **2.5.2.1 Selectie respondenten**

Ongeveer 700 van de vragenlijsten werden verstuurd naar de vier á vijf afdelingen van alle ziekenhuizen waar vrijheidsbeperkingen volgens respondenten uit het kwalitatieve onderzoek het meest konden worden verwacht. Het betrof de afdelingen cardiologie, neurologie, orthopedie, interne geneeskunde, en indien aanwezig de afdeling geriatrie. Verder werd steeds een vragenlijst verzonden naar de directie van het ziekenhuis met het verzoek deze door te zenden naar een afdeling die naast de overige aangeschreven afdelingen eveneens regelmatig met vrijheidsbeperkingen te maken had.

De andere benaderde zorgaanbieders zijn dezelfde die voor het kwalitatieve onderzoek zijn aangezocht.

De enquête werd steeds geadresseerd aan het hoofd van de locatie die was aangeschreven, dan wel het afdelingshoofd van de ziekenhuisafdeling. Huisartsen werden persoonlijk benaderd. In de brief werd gevraagd om de enquête in te laten vullen door degene die binnen de organisatie het meeste zicht had op de materie.

De adressenlijsten van de verschillende zorgaanbieders zijn via diverse kanalen verzameld. Een aantal is via het Ministerie van VWS ter beschikking gesteld, een aantal konden via internet worden achterhaald, en voor andere zijn brancheorganisaties zoals Arcares en VGN ingeschakeld. Van de huisartsen is op verzoek van de onderzoekers na bemiddeling van het Ministerie van VWS door de houder van het BIG-register at random een selectie gemaakt van 300 van de ruim 7500 ingeschreven huisartsen. Van twee ervan bleken de adresgegevens niet meer te kloppen en ook niet te achterhalen, waarna een groep van 298 huisartsen overbleef.

Indien mogelijk is ervoor gekozen om alle zorgaanbieders van een bepaalde categorie aan te

schrijven. In enkele gevallen was het aantal aanbieders te groot, waardoor een selectie moest worden gemaakt. Daarbij is steeds gekozen voor een zo groot mogelijk aantal, waarbij in ieder geval de selectie zodanig moest zijn dat de betrouwbaarheid van de uitkomsten van de gegevens niet in het geding kwamen. Een selectie heeft plaatsgevonden bij woonzorgcomplexen, GVT's voor ouderen en bij huisartsen. Bij drie categorieën is slechts een kleine groep aangeschreven, te weten bij kleinschalige woonvormen, bij GVT's voor kinderen en bij logeerhuizen. Wellicht zijn er meer dan werden aangeschreven, maar is het bestaan ervan onbekend bij de beheerders van de adressenbestanden.

Een mogelijk belemmerende factor voor de respons en de beantwoording van de vragen was het feit dat gevraagd werd naar handelingen die mogelijk in strijd met de wet zijn. Daarom is bij alle mailings benadrukt dat het Ministerie van VWS zich wil oriënteren op de vraag of de huidige wettelijke kaders toereikend zijn met betrekking tot het verlenen van die specifieke zorg aan psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten, en dat het Ministerie daarnaast met het oog op het streven van de overheid om mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen, inzicht wil krijgen in de vraag in hoeverre vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast buiten de muren van een instelling. Verder werd vermeld dat de vragen in de enquête nadrukkelijk niet de bedoeling hadden om het functioneren van zorgaanbieders te beoordelen, maar slechts om inzicht te krijgen in de wijze waarop de praktijk omgaat met vrijheidsbeperkingen, zodat op bovengenoemde vraag een antwoord kan worden gezocht. Tot slot werd onderstreept dat de aangeleverde gegevens volstrekt anoniem werden verwerkt.

In totaal hebben vier mailings plaatsgevonden, waarbij bij de eerste en derde mailing een volledige vragenlijst (opnieuw) werd verstuurd. Daarnaast werd een internetsite geopend, waar respondenten meer informatie over het onderzoek konden aantreffen en eventueel een vragenlijst konden downloaden. Bij de vierde mailing ontvingen de respondenten een korte non-responsvragenlijst, die zij eventueel ook konden kiezen om in te vullen. Op deze wijze kon achterhaald worden waarom de respondenten die tot dan nog niet gereageerd hadden op de mailings, de vragenlijst niet geretourneerd hadden. Deze vragenlijst was bovendien zó opgesteld dat ook voor de meeste van deze respondenten inzicht kon worden verkregen in het voorkomen van de relevante cliëntenpopulatie en/of het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen.

### **2.5.2.2 Respons**

Uiteindelijk is een reactie ontvangen van bijna 60% van het totaal aangeschreven zorgaanbieders. Onder de 1199 reacties bevonden zich 751 grote vragenlijsten en 448 non-respons-enquêtes. Met dit resultaat ligt de overall respons boven het gemiddelde voor dit soort onderzoeken. In de onderstaande tabel zijn de zorgaanbieders weergegeven die zijn aangeschreven en de respons. Een uitgebreide beschrijving van de respons treft u aan in hoofdstuk 5.

## **2.6 Betrouwbaarheid en beperkingen van het onderzoek**

Bij de opzet van het onderzoek is getracht om binnen de gestelde tijd een optimale betrouwbaarheid van de gegevens te verkrijgen. Toch valt niet te vermijden dat bij de interpretatie van de uitkomsten enige voorzichtigheid in acht genomen moet worden. Hieronder volgen enkele kanttekeningen.

### **2.6.1 Literatuuronderzoek**

Ten behoeve van het jurisprudentieonderzoek zijn alle relevante bronnen bestudeerd op uitspraken die betrekking hadden op dwangtoepassingen in het kader van de Wgbo, dan wel uitspraken waarbij onvrijwillige opnemingen op basis van de Bopz om dwangbehandelingen toe



te kunnen passen, ter discussie stonden. De tijdschriften die jurisprudentie publiceren zijn deels afhankelijk van hetgeen door rechterlijke instanties wordt aangeboden. De gevonden uitspraken vormen derhalve op zichzelf reeds een selectie. Tijdens het onderzoek zijn ook de rechtbanken aangeschreven waarvan nauwelijks of nog nooit een zaak op genoemde terreinen gepubliceerd was. Het bleek echter dat daartoe eerst een schriftelijk verzoek moet worden ingediend bij de Raad voor de Rechtspraak. Vervolgens zijn er kosten verbonden aan het opvragen van iedere uitspraak. Deze procedure was in het licht van dit onderzoek te tijdrovend. Anderzijds had één rechtbank wel een aantal uitspraken verstrekt die niet de hoop gaven dat uit deze exercitie relevante nieuwe informatie naar boven zou komen. Daarom mag de voorzichtige conclusie worden getrokken dat de uitspraken die gebruikt zijn om te formuleren onder welke omstandigheden volgens de rechter bij dwangbehandeling een onvrijwillige opneming geïndiceerd is, een betrouwbaar beeld geven van de verscheidenheid daarin.

## **2.6.2 Interviews**

Hoewel relatief veel respondenten geïnterviewd zijn, behoren die mensen tot weinig instellingen van dezelfde categorie. Getalsmatig kunnen die instellingen nooit representatief zijn voor die hele categorie. Bij de presentatie van de resultaten van de interviews zullen daarom in het algemeen geen cijfers genoemd worden van aantallen respondenten die een bepaalde mening waren toegedaan. Dit zou ten onrechte de indruk kunnen wekken dat er een zekere representativiteit aan kan worden ontleend, terwijl het bij kwalitatief onderzoek veel meer gaat om het weergeven van tendensen. De betrouwbaarheid van de uitkomsten van de interviews wordt echter vergroot door de uitkomsten van het onderzoek te toetsen in de invitational conference en te vergelijken met de resultaten van de enquêtes.

## **2.6.3 Enquête**

Hierboven werd reeds beschreven dat de totale respons bij dit onderzoek redelijk goed is. Van enkele respondentengroepen is het aantal echter te klein om harde conclusies over te mogen trekken. Dat geldt met name voor de logeerhuizen voor verstandelijk gehandicapten, de gezinsvervangende tehuizen voor kinderen en in mindere mate ook voor de commerciële thuiszorginstellingen. Voor deze laatste groep kon uiteindelijk toch een betrouwbaar resultaat worden verkregen met behulp van de non-responsenquête. Voor de overige twee groepen moeten de resultaten echter met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

Het is mogelijk dat onder de instellingen die niet gereageerd hebben een specifieke groep niet gereageerd heeft, waardoor een vertekening van de resultaten ontstaat. Met behulp van het non-responsonderzoek kan hier een uitspraak over gedaan worden. De resultaten van dit onderzoek worden weergegeven in hoofdstuk 5.

Zoals hiervoor reeds werd aangegeven is de vragenlijst steeds gericht aan de directie of het hoofd van een locatie of afdeling. Het is echter mogelijk dat de vragenlijst werd doorgestuurd aan anderen met minder kennis van zaken over het onderwerp. Hiertoe zijn echter geen aanwijzingen gevonden. Wel werden een aantal vragenlijsten aangetroffen die zijn ingevuld door een Bopz-locatie. Deze lijsten zijn door de directeur dan doorgezonden naar een locatie van dezelfde organisatie die een Bopz-aanmerking had. Deze vragenlijsten zijn niet meegenomen in de analyse.

Bij enkele vragen moesten door de respondenten 'harde' cijfers worden gegeven, bijvoorbeeld met betrekking tot het aantal cliënten, het aantal cliënten uit de beide doelgroepen en het aantal toepassingen van vrijheidsbeperkingen bij overeenkomst, als dwangbehandeling of in een noodsituatie. Respondenten dienden bij voorkeur absolute aantallen op te geven, maar mochten schatten als dit niet mogelijk was. Het blijkt dat de gegevens voor deze vragen bij veel respondenten niet bekend waren. Door velen is de vraag niet ingevuld, waardoor het vermoeden bestaat dat ook een schatting voor deze respondenten kennelijk te lastig was. Desondanks

kan door de gestelde vragen een redelijk betrouwbaar beeld worden verkregen bij hoeveel zorgaanbieders in ieder geval vrijheidsbeperkingen voorkomen. Ook kan worden aangegeven om welke vrijheidsbeperkingen het daarbij veelal gaat.

Voor het overige leverde de vragenlijst geen noemenswaardige problemen op.

#### **2.6.4 Betrouwbaarheid totaal**

Door verschillende onderzoeksmethodes naast elkaar te gebruiken die elkaar deels complementeren en deels bevestigen is getracht een optimale betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek te verkrijgen. Deze wijze van strategisch combineren van onderzoeksmethoden wordt triangulatie genoemd. (Wester, 1995)

# 3

## Juridische kaders vrijheidsbeperkingen

### 3.1 Inleiding

Bij de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen zijn twee wettelijke kaders relevant om nader te bezien, te weten de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz) en de Wet Geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo). In dit hoofdstuk zullen beide wetten worden geanalyseerd. Ingegaan wordt op hun voorgeschiedenis, de relevante bepalingen en hun betekenis. Ook komt de samenhang tussen beide wettelijke regelingen, met betrekking tot toepassingen van vrijheidsbeperkingen aan de orde.

Ten behoeve van dit hoofdstuk zijn de parlementaire stukken en relevante jurisprudentie met betrekking tot beide wettelijke regelingen uitgebreid bestudeerd. Tot slot is een literatuurstudie verricht. In paragraaf 3.2 worden de in dit verband relevante parlementaire stukken met betrekking tot de Wet Bopz behandeld, terwijl in paragraaf 3.3 de Wgbo aan de orde komt. Paragraaf 3.4 bevat een bespreking van relevante jurisprudentie, waarna in 3.5 een alomvattende bespreking van de juridische kaders volgt.

### 3.2 Wet Bopz

Een eerste voorstel tot een wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen wordt reeds op 22 april 1971 ingediend bij de Tweede Kamer. In de memorie van toelichting wordt als motivering aangegeven dat de Krankzinnigenwet (Krw) zozeer verouderd is dat een algehele vernieuwing aanbeveling verdient. (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1970-1971b: 9) In de oorspronkelijke doelstelling is de wet nog louter bedoeld voor het bieden van rechtsbescherming bij opneming. 'Deze herziening [bedoeld wordt een herziening van de Krankzinnigenwet, LA] strekt in hoofdzaak tot verhoging van de rechtsbescherming van in bewaring te stellen personen en ook van patiënten die met rechterlijke machtiging in een inrichting worden opgenomen.' De Wet Bopz heeft dezelfde doelstelling. De regering acht een speciale regeling voor algemene zaken die in andere wettelijke regelingen die in voorbereiding of in werking zijn voor de geestelijke gezondheidszorg overbodig. Door geen aparte regeling voor die zaken te maken beoogt de regering geestelijk gestoorden uit hun uitzonderingspositie te halen.

De reikwijdte van de wet wordt in art. 2 van het voorstel nadrukkelijk beperkt tot geestelijk gestoorden die in een psychiatrisch ziekenhuis moeten worden opgenomen en die geen blijk geven van de nodige bereidheid tot opneming dan wel tot voortzetting van het verblijf. (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1970-1971a)

Het wetsvoorstel verstaat onder een geestelijk gestoorde een persoon met een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis der geestvermogens. (art. 4) Een psychiatrisch ziekenhuis wordt omschreven als 'een ziekenhuis of een afdeling van een ziekenhuis, bestemd voor en

toegerust tot het opnemen van personen voor het ondergaan van een onderzoek of een behandeling door medische specialisten in verband met een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens' (art. 1 lid 1 sub d). Met deze definitie wordt beoogd een grens te trekken waardoor verpleegtehuizen en dergelijke buiten de definitie vallen. Het onderscheid wordt mede gemaakt op advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid die geadviseerd heeft over het voorontwerp van het wetsvoorstel. (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1970-1971c: p. 21)

De redenering voor het uitsluiten van verpleegtehuizen in de definitie is dat als patiënten ingevolge een rechterlijke uitspraak of een beschikking van de burgemeester moeten worden opgenomen, dat ze dan in voor het doel goed geoutilleerde inrichtingen – de categorie psychiatrische ziekenhuizen – bij wet verzekerd moeten zijn. (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1970-1971a: 11). Verder wordt in de memorie van toelichting uiteengezet dat met de term psychiatrisch ziekenhuis zowel de algemene psychiatrische ziekenhuizen worden bedoeld als de categorale, die bestemd zijn voor of waarin men zich toelegt op de behandeling van patiënten met bepaalde geestelijke stoornissen. Als voorbeelden van categorale ziekenhuizen worden genoemd: 'psychiatrische ziekenhuizen voor ter beschikking van de regering gestelde patiënten, tehuizen voor buitengewone behandeling van minderjarigen, geriatrische inrichtingen, inrichtingen voor zwakzinnigen'.

Uit de omschrijvingen blijkt dat de oorspronkelijke reikwijdte van de Wet Bopz beperkt is. Psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten kunnen eronder vallen, maar slechts voor zover zij door middel van een rechterlijke machtiging of een spoedprocedure via de burgemeester opgenomen worden in een 'psychiatrisch ziekenhuis'. Uit de definiëring volgt dat verpleeghuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg waar geen medische specialisten werken en dus niet de kwalificatie ziekenhuis kunnen krijgen er niet onder worden begrepen.

Ook de verplichtingen van het psychiatrische ziekenhuis zijn in het oorspronkelijke voorstel nog beperkt. Zo kent het voorstel nog geen verplichting om een behandelingsplan op te stellen. Ook is er nog geen regeling voor dwangbehandeling of toepassing van middelen of maatregelen in een noodsituatie. De grond voor vrijheidsbeperkende maatregelen wordt geschapen in art. 29 van het voorstel; een formulering die lijkt op het huidige art. 40 Bopz:

*'Beperkingen met betrekking tot het recht: op vrije briefwisseling; op het ontvangen van bezoek, dat volgens de daarvoor in het psychiatrisch ziekenhuis geldende regeling van bezoeken bestaat; de bewegingsvrijheid binnen het psychiatrisch ziekenhuis en naaste omgeving, kan de geneesheer-directeur opleggen voor zover dit in het belang van de gezondheidstoestand van de patiënt noodzakelijk is.'* (lid 1)

In de optiek van de regering kunnen vrijheidsbeperkingen nog slechts plaatsvinden in psychiatrische ziekenhuizen. De memorie van toelichting betoogt: 'aan krankzinnigengestichten in de zin van de oude Krankzinnigenwet bestaat bij de huidige stand van wetenschap en praktijk op het gebied van de zorg voor geestelijk gestoorden geen behoefte meer. Voor zover in bepaalde gevallen vrijheidsbeperking noodzakelijk wordt geacht, kan deze in het algemeen worden geëffectueerd door het treffen van de daartoe geëigende maatregelen in de psychiatrische ziekenhuizen. Art. 29 opent de mogelijkheden daartoe.' Deze bepaling handelt over rechten die het privé-leven betreffen. De memorie van toelichting verwijst daarbij naar het EVRM (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1970-1971a: p. 16). Vrijheidsbeperkingen kunnen worden opgelegd in het belang van de gezondheidstoestand van de patiënt, ter voorkoming van strafbare feiten, ter bescherming van de rechten en de vrijheden van anderen en ter handhaving van de orde in het ziekenhuis.

Het wetsvoorstel kent evenmin reeds een extra rechtsbescherming door middel van registratie en melding van vrijheidsbeperkingen aan de inspectie. De toezichthoudende taak van de inspectie beperkt zich tot de opname. Wel is reeds voorzien in een bezwaar-

schrift/klachtenprocedure ten behoeve van toepassing van vrijheidsbeperkingen bij het bestuur, met, via de officier van justitie, een beroepsmogelijkheid bij de rechter (art. 32).

Inmiddels heeft de rechtspositie van patiënten in de loop van de jaren zeventig sterk de aandacht gekregen. In reactie hierop betoogt de regering in de nadere memorie van antwoord van 5 februari 1980 dat bij de opstelling van het ontwerp indertijd beoogd werd de positie van de met dwang opgenomen (afgezien van opname en ontslag) rechtens zoveel mogelijk gelijk te doen zijn aan die van de vrijwillige patiënt. In haar nadere overweging stelt zij echter dat de oorspronkelijke wettekst de suggestie wekte dat ook de mogelijkheid van behandeling zonder toestemming van de patiënt door het ziekenhuis een gegeven was; vandaar dat nieuwe bepalingen met betrekking tot dwangbehandeling, de hantering van dwangmiddelen en het recht overplaatsing te vragen, worden geïntroduceerd. Ook nieuwe bepalingen met betrekking tot de plicht tot het informeren van de patiënt en het verplichte behandelaanbod hangen hiermee samen. Deze bepalingen dienen echter tevens ter legitimatie van de gedwongen opneming, zo stelt de nadere memorie van antwoord. (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1979-1980a: 6)

Om te voorkomen dat onvrijwillig opgenomen patiënten ten opzichte van vrijwillig opgenomen patiënten een betere rechtspositie krijgen – de Wgbo is er dan immers nog niet – kondigt de staatssecretaris van volksgezondheid en milieuhygiëne aan in de normen voor de erkenning van psychiatrische ziekenhuizen en voor de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen een aantal bepalingen op te nemen betreffende de rechtspositie van de patiënten, in afwachting van de totstandkoming van een algemene patiëntenwet, maar ook van de Wet Bopz.

Grondslag voor de wet Bopz noemt de regering in 1980 het beginsel dat de rechtsorde aan allen bescherming moet bieden tegen gevaar voor lijf en goed. De overheid heeft bij mensen die lijden aan een stoornis van de geestvermogens een beschermende taak: zowel in het belang van anderen, als in hun eigen belang. Het enkele feit van een stoornis van de geestvermogens rechtvaardigt echter nog geen ingrijpen. Het gevaar voor de betrokkene zelf of voor anderen moet een opneming nodig maken. Bescherming tegen gevaar voor lijf en goed, kan wel een opneming rechtvaardigen, maar is niet bij uitsluiting richtinggevend voor de tenuitvoerlegging, zo wordt betoogd. Met inachtneming van de voorzorgsmaatregelen die ter bescherming van derden vereist zijn, dient de behandeling gericht te zijn op het belang van de betrokkene. Nadrukkelijk wordt gewezen op het feit dat de voorgestelde regeling in overeenstemming is met de geldende en toekomstige grondwetsbepalingen inzake grondrechten en met art. 5 lid 1 sub e van het EVRM, zoals uitgelegd in het Winterwerp-arrest (EHRM, 24 oktober 1979, NJ 1980, 114) (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1979-1980a: 25-26).

In de nadere memorie van antwoord komt naar voren dat de regering de verstandelijk gehandicapten en psychogeriatrische patiënten nadrukkelijk onder de Wet Bopz wil scharen. Bij een verdere uitleg van het begrip 'stoornis' wordt nadrukkelijk aangegeven dat zwakzinnigheid en dementie eronder moeten worden begrepen. Ook bij de nadere uitleg van het begrip gevaar wordt met voorbeelden aangegeven dat deze patiëntengroepen gevaar kunnen opleveren voor zichzelf, voor anderen, of voor de algemene veiligheid van personen of goederen. (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1979-1980a: 13-14):

*'Diepzwakzinnigen – idioten – komen bij ontbrekende of slechte verzorging spoedig in levensgevaar. Imbecielen verwaarlozen zichzelf als ze aan hun lot worden overgelaten en verkommeren snel. Demente personen kunnen – niet verzorgd zijnde – in gevaar komen door onvoorzichtigheid met gas en vuur, verwaarlozing en chaotisch gedrag in het verkeer.'* (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1979-1980a: 17)

Inmiddels luidt art. 1 lid 1 onder h (in plaats van het oorspronkelijke 1.1 d) dan ook:

*'psychiatrisch ziekenhuis of ziekenhuis:*

*1º Een voor de toepassing van de Ziekenfondswet, of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten als ziekenhuis, verpleeginrichting of zwakzinnigeninrichting erkende of aangewezen inrichting of afdeling daarvan, voor zover die inrichting of afdeling blijkens de erkenning of aanwijzing geschikt is voor alle of bepaalde categorieën van met toepassing van hoofdstuk VI, § 1, opgenomen psychiatrische patiënten;*

*2º. Een psychiatrische afdeling van een academisch ziekenhuis.'*

Daarmee blijft de reikwijdte van de wet niet meer beperkt tot de oorspronkelijke ziekenhuissetting met medisch specialisten, maar worden ook instellingen die meer een verplegend karakter hebben onder de werking geschaard. Voor deze verandering, die zich aanvankelijk geruisloos voltrekt, wordt geen nadere onderbouwing gegeven. Pas tijdens de mondelinge behandeling in de Tweede kamer wordt duidelijk verwoord dat ook opname in zwakzinnigeninrichtingen en psychogeriatrische verpleeghuizen met een machtiging zal moeten geschieden.

De aanpassing brengt tevens met zich mee dat op enkele plaatsen in de wet niet meer gesproken wordt van 'arts', maar van een 'voor de behandeling verantwoordelijke persoon, nu ook zwakzinnigeninrichtingen als psychiatrisch ziekenhuis zijn aan te merken en de verantwoordelijkheid voor de behandeling daar niet altijd bij een arts berust. (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1979-1980b: 37-38)

Pas in het Eindverslag worden door D'66 vragen gesteld over het feit dat de Wet Bopz ook van toepassing zal zijn op psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten. Voorgesteld wordt om een aparte regeling te ontwerpen voor demente bejaarden. (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1982-1983). De regering reageert hier uitsluitend op er bezwaar tegen te hebben een dergelijke regeling te maken, omdat het ontwerp ook voor deze patiënten een nuttige en belangrijke functie kan hebben. (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1983-1984a)

Na een reeks amendementen en nog drie wijzigingen van het wetsvoorstel van overheidswege, wordt in november 1983 het vijfde en definitieve voorstel door de Tweede Kamer goedgekeurd. (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1983-1984b) Wanneer het voorstel echter wordt voorgelegd aan de Eerste Kamer, uitte alle partijen in het voorlopig verslag forse kritiek. (Handelingen Eerste Kamer, Vergaderjaar 1984-1985)

De kritiek richt zich vooral op het gegeven dat verstandelijk gehandicapten en psychogeriatrische patiënten ook onder de wet vallen. Daarbij worden de volgende punten aangedragen:

1. De PvdA bekritiseert het feit dat gekozen is voor een beperkt wetsvoorstel dat slechts een deel van de intramurale zorg bestrijkt, in plaats van een soort wet op de geestelijke volksgezondheid, waarin onder andere ook de extramurale zorg zou kunnen komen. Volgens de fractieleiden zou dit beter passen in de ontwikkeling van de psychiatrie die duidelijke verschuivingen te zien geeft, waarbij ook de grens tussen intra- en extramurale zorg hier en daar wat zou vervagen.
2. Alle partijen wijzen naar aanleiding van een rapport van de Nationale Ziekenhuisraad op de grote kwantitatieve problemen die zouden ontstaan als jaarlijks 9.000 psychogeriatrische patiënten en 3.000 verstandelijk gehandicapten door middel van onvrijwillige opnemingen en bovendien 46.000 toetsingen van opnemingen door de rechter zouden moeten worden behandeld. De werkdruk zal toenemen bij zwakzinnigeninrichtingen en psychogeriatrische verpleeghuizen, maar ook bij de rechterlijke macht. Daarvan zal de begroting volkomen ontoereikend zijn. D'66 voegt daaraan toe dat de wet met betrekking tot psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten van toepassing is op een veelvoud van het aantal patiënten dat in algemeen psychiatrische ziekenhuizen wordt opgenomen. Voor deze laatste groep is de wet oorspronkelijk geschreven en het is dan merkwaardig dat het zwaartepunt van de wet bij opname en verblijf in verpleeghuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg komt te liggen.
3. Het CDA stelt dat opname van een verstandelijk gehandicapte of een demente be-

jaarde in de Wet Bopz slechts mogelijk is als de rechter 'gevaar' kan of wil construeren. In vele gevallen is echter niet het gevaarscriterium het belangrijkste motief, maar hulp-behoefendheid en de onmogelijkheid die hulp nog langer in het oorspronkelijk milieu aan te bieden.

4. Ook voert het CDA aan dat in de discussies rondom de Wet Bopz sprake was van drie mogelijke criteria, te weten het behandelingscriterium, dat van medische zijde werd benadrukt, het persoonlijke vrijheidscriterium dat van de kant van de patiëntenbeweging en haar juridische adviseurs werd benadrukt en het veiligheids of gevaarscriterium. Met name het derde criterium overweegt in de Wet Bopz, met correcties vanuit het vrijheidscriterium, opneming als ultimum remedium en een streven naar versterking van rechtsbescherming. De behandelingsmogelijkheden zijn aan vele voorwaarden gebonden. Men vraagt zich af of het wetsvoorstel wel een evenwichtige afweging biedt van deze criteria.
5. Het CDA en de VVD wijzen erop dat de verstandelijk gehandicaptenzorg reeds een zorgvuldige plaatsingsprocedure kent die zich naast en los van de psychiatrie heeft ontwikkeld. Deze wordt door de nieuwe wet gefrustreerd. Beide partijen noemen de rechterlijke toetsing van de zware beslissing tot uithuisplaatsing door de ouders bevoogdend en vrezen dat dit als demotiverend worden ervaren.
6. Hoewel het verblijf van (dieper gestoorde) verstandelijk gehandicapten in een instelling veelal durend is omdat het onomkeerbare processen betreft, zal toch steeds jaarlijks een verlenging van een rechterlijke machtiging aangevraagd moeten worden.
7. D'66 geeft aan dat nooit, noch schriftelijk noch mondeling, een duidelijke verklaring is gegeven waarom deze twee groepen onder de Wet Bopz moeten vallen. De fractieleiden wijzen erop dat de Wet Bopz niet op maat is voor deze twee groepen chronische patiënten. Zij benadrukken dat er diepgaande verschillen bestaan tussen diep-zwakzinnigen en dementen, en patiënten die in algemene psychiatrische ziekenhuizen worden opgenomen. Ook onderschrijven zij de conclusie van Krul-Steketee (Krul-Steketee, 1984) dat zwakzinnigen in een inrichting weliswaar onvoldoende rechtsbescherming genieten, maar dat de Wet Bopz niet het geschikte middel is om hen die rechtsbescherming te geven. Bij de opstelling van de wet is bovendien nagelaten mensen uit het veld van de zwakzinnigenzorg te raadplegen. Voor psychogeriatrische patiënten geldt in beginsel hetzelfde. Ook hier gaat het om chronische patiënten. Reden van opname bij hen is niet de diagnose, noch het gedrag. Bij hen gaat het om een falend systeem van mantelzorg.
8. D'66 betreurt het dat slechts achteraf controle plaatsvindt van dwangbehandeling. Dezelfde behandelend arts beslist immers over wilsbekwaamheid, volstreekte noodzaak en ernstig gevaar.
9. D'66 doet de suggestie dat vervangende toestemming van een door de rechter benoemde mentor toepassing van de Wet Bopz op dementen en zwakzinnigen in principe overbodig zou kunnen maken.

### **3.2.1 Bopz-novelle**

Naar aanleiding van de reacties van de Eerste Kamer en kritiek vanuit het veld en de wetenschap (Krul-Steketee, 1984) komt de regering op 21 juli 1989 met een wijzigingsvoorstel van de Wet Bopz, de zogeheten Bopz-novelle. (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1988-1989d) De belangrijkste wijziging is art. 3, waarin wordt aangegeven dat een rechterlijke machtiging bij een opneming in een zwakzinnigen- of verpleeginrichting uitsluitend is vereist als de betrokkene bezwaar heeft tegen opneming. In lid 2 wordt vermeld dat bij of krachtens AMvB regels worden gesteld met betrekking tot opneming en verblijf in deze inrichtingen, als de betrokkene noch bereidheid noch bezwaar ter zake van opneming en verblijf geeft en twaalf

jaar of ouder is.

Uit de memorie van toelichting komt naar voren dat de belangrijkste reden voor de wijziging de omvang van de werklastvermeerdering is die het oorspronkelijke voorstel voor de rechterlijke macht met zich meebrengt. (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1988-1989a: 1-3) Volgens de berekening zou de bestaande werklast voor de rechterlijke macht, ongeveer 5.600 beslissingen, vermeerderen met 39.300 beslissingen per jaar. (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1988-1989b)

Behalve bovengenoemde wijziging wordt ook overwogen om zwakzinnigeninrichtingen en psychogeriatrische verpleeginrichtingen buiten het toepassingsbereik van de Wet Bopz te brengen. Hiervan ziet men echter af vanwege de overweging dat opneming in een inrichting onder bepaalde omstandigheden een inbreuk op het door de Grondwet gewaarborgde recht op fysieke vrijheid betekent. De waarborg, gelegen in de rechterlijke controle, dient in die gevallen op grond van art. 15 lid 2 GW en art 5 lid 4 EVRM in acht te worden genomen. Hieruit vloeit voort dat noch het toekennen van een verregaande bevoegdheid aan de mentor op grond waarvan deze in plaats van de zwakzinnige of psychogeriatrische patiënt toestemming zou kunnen geven tot opneming in een inrichting, noch het geheel uitzonderen van zwakzinnigeninrichtingen en psychogeriatrische verpleeghuizen van het regime in aanmerking komt. (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1988-1989a: 3)

De rechterlijke machtiging blijft bij psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten uitsluitend nog voorbehouden indien bezwaar wordt gemaakt tegen opneming (p. 3). Ook is een rechterlijke machtiging in alle gevallen geïndiceerd bij een onvrijwillige opneming in een psychiatrisch ziekenhuis (APZ of categoriaal). (p. 4) Een andere belangrijke wijziging die wordt doorgevoerd is de mogelijkheid dat door de rechter een machtiging kan worden afgegeven voor een door hem bepaalde of voor onbepaalde tijd, wanneer volgens hem geen verbetering valt te verwachten. Bij psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten is dit volgens de memorie van toelichting veelal het geval (p. 4-5). Voor de groep psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten die geen blijk geven van bereidheid, noch bezwaar tegen opneming in een verpleeg- of zwakzinnigeninrichting moet een algemene maatregel van bestuur regels stellen ten behoeve van de opneming.

Het voorstel blijft volgens de memorie van toelichting voldoen aan het vereiste dat voortvloeit uit het Winterwerp-arrest (*Winterwerp versus the Netherlands*, 1980) dat betrokkene de gelegenheid moet hebben zich tot de rechter te wenden, door de mogelijkheid voor de patiënt en anderen die volgens de wet daartoe bevoegd zijn, open te houden om de rechter ook bij een machtiging voor onbepaalde tijd om ontslag te kunnen verzoeken. (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1988-1989a: 5)

Verschillende partijen hebben naar aanleiding van de wijziging met betrekking tot psychogeriatrische patiënten en verstandelijke gehandicapten kritiek op het feit dat getornd wordt aan de rechtsbescherming vanwege de hoge kosten die het oorspronkelijke voorstel met zich meebrengt. Inhoudelijk richt de kritiek zich op de vraag of er niet een rechtsongelijkheid wordt gecreëerd tussen psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten enerzijds en psychiatrische patiënten die geen bereidheid, noch bezwaar tonen tegen opneming anderzijds. Een ander punt van aandacht is of de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg niet geheel buiten de werking van de wet zou kunnen worden geplaatst, bijvoorbeeld door de rechtspositie te waarborgen door een goede vertegenwoordigingsregeling, zowel voor mensen die zijn opgenomen en als voor hen voor wie dat nog niet het geval is. Een derde aspect betreft een bezwaar tegen de rechterlijke machtiging voor onbepaalde duur die voor psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten kan gelden. (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1989-1990a)



Naar aanleiding van de kritiek dat aan de rechtsbescherming van psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten wordt getornd, buigt de regering zich nogmaals over de regeling. Bij de memorie van antwoord worden daarom een aantal aanpassingen voorgesteld die de rechtsbescherming beter moeten waarborgen.

Allereerst wordt het handhavingscriterium geïntroduceerd. Het gevaar schuilt bij psychogeriatrische patiënten en de verstandelijk gehandicapten vooral in het onvermogen van de patiënt zich zelf te verzorgen, waardoor hij zich niet buiten de inrichting kan handhaven, aldus de memorie van antwoord. Verder worden bij wet indicatiecommissies aangewezen, dat wil zeggen 'niet aan de inrichting gebonden commissies van personen die op het terrein van de maatschappelijke en medische zorg voor verstandelijk zwakzinnigen onderscheidenlijk psychogeriatrische patiënten deskundig zijn' die de noodzaak voor opname voor de gbgb-groep in de twee sectoren moeten gaan beoordelen. (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1990-1991a: 3)

Uitgebreid wordt ingegaan op de vraag in hoeverre het bezwaarcriterium zich verhoudt tot art. 15 GW en art. 5 lid 4 EVRM. Aan het vereiste van het recht op toegang tot de rechter, gewaarborgd in deze bepalingen wordt voldaan indien rechterlijke tussenkomst is verzekerd in de gevallen dat de betrokkene zich tot de rechter wil wenden. Het bezwaarcriterium dat tot dan in Nederland wordt gehanteerd in dit verband is aanvaard door het Europese Hof van de Rechten van de Mens (*Winterwerp versus the Netherlands*, 1980). Benadrukt wordt dat toegang tot de rechter geen automatische tussenkomst van de rechter inhoudt. Toegang tot de rechter betekent dat de betrokkene door de rechter moet worden gehoord, indien hij dit wenst.' Het huidige in de Wet Bopz vastgelegde criterium is ruimer: iedereen heeft toegang tot de rechter indien hij geen blijk geeft van de nodige bereidheid. Bij nadere bestudering is deze uitbreiding volgens de regering alleen zinvol ten aanzien van personen die in staat zijn tot communicatie. Daarom geldt voor psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten weer uitsluitend een bezwaarcriterium.

Ten aanzien van de suggestie dat een mentor de beslissingsbevoegdheid zou kunnen krijgen inzake opname in een zwakzinnigeninrichting van zwakzinnigen en eventueel ook van psychogeriatrische patiënten in een verpleeginrichting wordt opgemerkt dat de beslissingsbevoegdheid van een mentor een rechterlijk oordeel in ieder geval niet kan vervangen als iemand bezwaar maakt tegen opname. Dan zou niet worden voldaan aan art. 5 lid 4 EVRM en art. 15 lid 2 GW. Ook al zou vertegenwoordiging voor de groep bezwaarmakers vastgelegd zijn, dan nog zou een toegang tot de rechter gewaarborgd moeten blijven, zo redeneert de regering. Over de gbgb-groep wordt opgemerkt:

*'Omstandigheden waaronder sprake zal zijn van beperking van de fysieke vrijheid zullen zich voordoen indien met het oog op de veiligheid van de patiënt of van anderen zijn bewegingsvrijheid moet worden beperkt. Omdat deze situaties zich ten aanzien van een deel van de populaties in zwakzinnigeninrichtingen en verpleeginrichtingen voordoen, dient met betrekking tot de opname in deze inrichtingen te worden voldaan aan het vereiste van een regeling bij of krachtens de wet, neergelegd in art. 15 eerste lid van de Grondwet, en artikel 5, eerste lid, van het Verdrag. Artikel 3, tweede tot en met vijfde lid (artikel 58 a nieuw) [thans art. 60 – LA], legt de basis voor een zodanige regeling.'*

Een verdere onderbouwing voor de nieuwe regeling is:

- Art. 15 lid 1 GW verplicht niet tot een rechterlijk bevel voor vrijheidsontneming;
- In casu moet sprake zijn van een geestelijke stoornis ('the lawful detention (...) of persons of unsound mind' art. 5 lid 1 EVRM onder e)
- De beoordeling moet worden uitgevoerd door een onafhankelijk orgaan, maar hoeft geen rechter te zijn (*Winterwerp versus the Netherlands*, 1980: par. 45 en 55)
- Een vrijheidsontneming is rechtmatig als er overeenstemming met de wet is en het doel van de bij die wet toegestane beperkingen van de vrijheid.
- Afgezien van noodsituaties mag de betrokkene niet van zijn vrijheid worden beroofd, 'unless he has been reliably shown to be of 'unsound mind' en dit betekent dat 'objective medical

expertise' is vereist. (Par. 39)

Nadrukkelijk wordt overwogen dat voor het maken van bezwaar geen vormvereiste geldt. 'Bepalend is slechts of de betrokkene op enigerlei wijze tot uitdrukking brengt dat hij bezwaar tegen de opnemings en het verblijf in de inrichting heeft. Dit tot uitdrukking brengen kan ook op non-verbale wijze geschieden.' Aan de indicatiecommissies de taak 'dit bezwaar alsnog te kunnen signaleren en er op te wijzen dat een verzoek, gericht op het verkrijgen van een machtiging bij de officier van justitie moet worden ingediend.' (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1990-1991b: 6) Voorts moet de Inspectie erop toezien dat in zwakzinnigeninrichtingen of verpleeginrichtingen geen personen verblijven die bezwaar maken tegen opnemings, zonder dat daarvoor een rechterlijke machtiging is aangevraagd.

De procedure voor de gbgb-groep in instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg en verpleeghuizen doet volgens de regering qua rechtsbescherming niet onder voor het rechterlijke oordeel. Voor een andere regeling in psychiatrische ziekenhuizen is gekozen, omdat hier soms niet duidelijk zal zijn welk ziektebeeld voor de opnemings bepalend is. Dit zou tot onzekerheid leiden indien met betrekking tot de vraag of al dan niet een RM aangevraagd moet worden, steeds een keuze gemaakt zou moeten worden of de stoornis die leidt tot opnemings 'verband houdt met zwakzinnigheid of een psychogeriatrische aandoening, dan wel met een andere geestesstoornis'. De voorgestelde regeling vindt haar rechtvaardiging in het oogmerk deze onzekerheid te vermijden.

In de Memorie van antwoord wordt erkend dat een rechterlijke machtiging voor onbepaalde duur te weinig rechtsbescherming biedt. Daarom wordt bij nota van wijziging de werking van de machtiging voor beide patiëntengroepen in verpleeginrichtingen en instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg teruggebracht tot maximaal vijf jaar. (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1990-1991a) Daarbij wordt onder meer overwogen:

*'De verzorging, verpleging en behandeling in een zwakzinnigeninrichting en een verpleeginrichting is er op gericht de patiënt te stimuleren tot geestelijke en lichamelijke activiteit, opdat zijn geestestoestand zo mogelijk verbetert en in elk geval niet of zo min mogelijk achteruitgaat. Wij menen dat onder deze omstandigheden geen aanleiding bestaat voor de vrees, geuit door de leden van de fractie van D66, dat voor de hier bedoelde patiënten een machtiging met een langere geldigheidsduur een ongunstige uitwerking op de behandeling zal hebben.'* (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1990-1991b: 8)

Overigens heeft het EHRM in de Winterwerp-zaak geoordeeld dat een periodieke herbeoordeling van de noodzaak tot vrijheidsontneming in verband met een geestesstoornis moet plaatsvinden, maar de frequentie daarvan mag worden beperkt.

Tot slot gaat de regering bij de artikelsgewijze toelichting in op de taakomschrijving van indicatiecommissies voor opname in een bejaardenoord of verpleeginrichting (thans het RIO), op basis van het Besluit indicatie-advisering bejaardenoorden en verpleeginrichtingen:

*'Het besluit...bevat regels omtrent de wijze waarop ten aanzien van degenen van wie wordt aangenomen dat zij op een van deze voorzieningen zijn aangewezen, wordt onderzocht of opnemings in een dergelijke voorziening daadwerkelijk noodzakelijk is. Voor opname in een bejaardenoord of verpleeginrichting is een daartoe strekkend advies van de indicatiecommissie voorwaarde. De algemene maatregel van bestuur, bedoeld in art. 3, tweede lid (art. 58a, tweede lid, nieuw) die overigens ook betrekking heeft op opnemings in een zwakzinnigeninrichting, dient vanuit een andere invalshoek een vergelijkbaar doel. Bij die regeling wordt de procedure vastgesteld waarin op basis van objectieve medische deskundigheid wordt beoordeeld of iemand ten gevolge van een stoornis van zijn geestvermogens niet in staat is zich te handhaven buiten een verpleeginrichting of zwakzinnigeninrichting of anderszins gevaar veroorzaakt, zodat opnemings noodzakelijk is. Opnemings is slechts mogelijk indien de commissie de noodzaak daartoe heeft vastgesteld.'* (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1990-1991b: 14)

Daarom wordt voorgesteld deze indicatiecommissies de taken uit beide regelingen te laten combineren. Voor de verstandelijk gehandicaptenzorg moeten speciale indicatiecommissies worden opgericht. (Kritiek op de onafhankelijkheid van deze commissies wordt geuit door Frijlink en Braake, 1990: 958)

Bij het eindverslag (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1990-1991c: 3-5) wordt door de VVD de vraag opgeworpen welke waarborgen er zijn, dat bijvoorbeeld bij een overduidelijke indicatie van een zwaar gedragsgestoorde psychogeriatrische patiënt die blijk geeft van bezwaar, maar waarbij het overduidelijk is dat betrokkene absoluut niet in staat is tot een redelijke waardering van de eigen situatie, desalniettemin een rechterlijke machtiging zal worden gevraagd. Als het verzet wordt genegeerd, wordt naar hun mening niet voldaan aan art. 15 lid GW en art. 4 lid 4 EVRM. Ook willen de leden weten hoe en door wie, na daadwerkelijke opname, wordt beoordeeld of er al dan niet blijk wordt gegeven tegen het gedwongen verblijf.

De SGP vraagt zich af waarom patiënten van beide categorieën in psychiatrische ziekenhuizen niet ook langs de weg van de indicatiecommissie kunnen worden opgenomen.

In de nota naar aanleiding van het eindverslag wordt aangegeven dat aan de patiënt steeds schriftelijk op de hoogte moet worden gesteld dat hij bezwaar kan maken tegen opname. Ook de indicatiecommissie zal dit moeten doen. In alle gevallen geldt dat bij bezwaar een RM is vereist.

*‘Uitgangspunt bij de beoordeling van het verzet zijn de uitingen van de patiënt. Dit kunnen zowel verbale uitingen zijn, als feitelijke gedragingen. De leden van de VVD-fractie wijzen daarbij terecht op “posten” en wegloupedrag. De gedragingen van de patiënt zullen geïnterpreteerd moeten worden. Wij verwachten dat in de inrichtingen zorgvuldig met de wettelijke normen zal worden omgegaan. Uitingen die op bezwaren kunnen duiden zullen serieus moeten worden genomen en niet min of meer vanzelfsprekend worden beschouwd als ziektesymptomen.’ (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1990-1991d: 2)*

Met bovenstaand citaat lijkt te worden aangegeven dat enige interpretatie van verzet weliswaar geoorloofd is, maar dat niet te gemakkelijk over verzet van de patiënt moet worden heengestapt, met het argument dat het ziektesymptomen betreft. Voor een verder toezicht zien de staatssecretaris van WVC en de minister van Justitie een rol weggelegd voor de inspectie die daadwerkelijk optreden van instellingen in dit soort situaties zal moeten toetsen.

Met de vraag van de SGP meent de regering dat het eenvoudige criterium, te weten de categorie waartoe de inrichting behoort, niet zomaar vervangen kan worden door een criterium dat noopt tot een indeling in categorieën van patiënten. ‘Een dergelijke indeling zal aanleiding geven tot meningsverschillen onder deskundigen en dientengevolge tot onzekerheid over de vraag of al dan niet een rechterlijke machtiging is vereist.’ (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1990-1991c: 3)

In de tweede nota van wijziging wordt het systeem van aangemerkte instellingen geïntroduceerd, vanwege de voorgenomen wijzigingen van het erkenningstelsel van de AWBZ. In de toelichting staat dat aangemerkt zullen worden zorginstellingen die gericht zijn op en geschikt zijn voor de opvang van Bopz-patiënten. Daarmee worden geen andere instellingen bedoeld dan die onder de oorspronkelijke omschrijving vielen. Aangemerkt zullen worden psychogeriatrische afdelingen van verpleeginrichtingen, psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen van algemene en academische ziekenhuizen en zwakzinnigen-inrichtingen. (Handelingen Eerste Kamer, Vergaderjaar 1992-1993: 2)

In een schriftelijke beantwoording van vragen van een aantal kamerleden, gaat staatssecretaris Simons van WVC in op kritiek op art. 58b Bopz, een bepaling die handelt over het van overeenkomstig toepassing zijn van de rechtspositieregeling voor met een rechterlijke machtiging opgenomen patiënten op de patiënten die ingevolge een beslissing van een indicatiecommissie in een zwakzinnigeninrichting of verpleeginrichting zijn opgenomen. De staatssecretaris betoogt

dat men er in de kritiek ten onrechte vanuit gaat dat dat ten aanzien van degenen die ingevolge een beslissing van een indicatiecommissie zijn opgenomen, nooit van vrijheidsontneming sprake zal zijn. Hij stelt dat deze patiënten in verband met het gevaar dat zij ingevolge de stoornis van de geestvermogens veroorzaken nogal eens moeten worden beperkt in hun bewegingsvrijheid, (zie hierover ook de memorie van toelichting p. 4 en de memorie van antwoord p. 5) zodat sprake zal kunnen zijn van vrijheidsontneming. (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1991-1992a) Door aanwijzing van de instantie die bevoegd is te beslissen over opneming, wordt voldaan aan art. 15 lid 1 GW en art. 5 lid 1 EVRM. Volgens de staatssecretaris is een direct bevel van de rechter in deze niet nodig. Wel dient toegang tot de rechter gewaarborgd te zijn.

Ook geeft de staatssecretaris aan in welke gevallen bij patiënten met een Bopz-indicatie ingeval van dwangbehandeling een rechterlijke machtiging aangevraagd dient te worden. Hij stelt:

*‘Voor zover dit overleg [met de vertegenwoordiger van de wilsonbekwame patiënt – LA] tot overeenstemming leidt, kan het behandelingsplan, tenzij zich de hierna te bespreken uitzondering voordoet, worden uitgevoerd. Indien het behandelingsplan een vrijheidsbenemende maatregel bevat en de patiënt zich tegen die maatregel verzet, kan de toestemming van de vertegenwoordiger niet de toestemming van de patiënt vervangen. In een noodsituatie dient echter toch een mogelijkheid te bestaan om in te grijpen. (...) In dat geval moet de mogelijkheid bestaan dwangbehandeling dan wel dwangmiddelen- of maatregelen als bedoeld in art. 38, vijfde lid, onderscheidenlijk art. 39 toe te passen en dient de patiënt de daarbij behorende wettelijke rechtsbescherming te worden geboden. (...) Indien de patiënt, bijvoorbeeld naar aanleiding van een beperking in zijn bewegingsvrijheid of de toepassing van dwangbehandeling, dwangmiddelen of dwangmaatregelen, blijk geeft van bezwaar tegen voortzetting van het verblijf in de inrichting, is een rechterlijke machtiging vereist. (...) Indien de patiënt uitsluitend blijk geeft van bezwaar tegen toepassing van een der voornoemde middelen of maatregelen kan hij zich ingevolge art. 41 zevende en elfde lid, tot de rechter wenden.’*  
(Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1991-1992a: 4)

Kortom: als een zich tegen een behandeling verzettende patiënt er blijk van geeft het verblijf in de inrichting te willen beëindigen, is een rechterlijke machtiging nodig. Verzet hij zich echter uitsluitend tegen de dwangmiddelen, dan kan hij daartegen een klacht indienen op grond van art. 41 Bopz en zich in dat geval zonodig tot de rechter wenden.

Uit een brief van de staatssecretaris van WVC en de minister van justitie, gedateerd op 28 november 1991 blijkt dat indien een patiënt zich feitelijk verzet tegen een beperking in zijn bewegingsvrijheid in en rond het ziekenhuis, daaruit soms moet worden afgeleid dat de patiënt het verblijf in de inrichting wil beëindigen en dat dus een machtiging is vereist. (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1991-1992d: 5-6). Met deze brief reageren de staatssecretaris en minister op twee amendementen van respectievelijk Kohnstamm en van Middelkoop (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1991-1992b) en Terpstra en van der Heijden (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1991-1992c). In beide amendementen wordt voorgesteld het gebruik van (dwang)middelen en maatregelen te beperken tot noodsituaties. Ten behoeve van dwangbehandeling wordt het dan noodzakelijk om een rechterlijke machtiging te vragen. De minister en staatssecretaris achten het echter niet wenselijk om op dit punt een onderscheid te maken tussen patiënten die met een rechterlijke machtiging en patiënten die door middel van een indicatie opgenomen zijn. In de eerste plaats vragen zij zich af of dit feitelijk mogelijk is. Daarnaast werpen zij de vraag op waarom dan bij patiënten met een indicatie bij een toepassing van dwangbehandeling vooraf toetsing daarvan van de rechter nodig is, terwijl bij patiënten die door middel van een machtiging zijn opgenomen de noodzaak van een dwangbehandeling achteraf in een klachtenprocedure wordt getoetst.

Om patiënten die door middel van een indicatie zijn opgenomen toch extra bescherming te bieden, alsook patiënten met een rechterlijke machtiging die niet in staat zijn te klagen tegen toepassing van (dwang)middelen of maatregelen wordt bij de vierde nota van wijziging een art. 41 a (thans art. 42) voorgesteld, waarin de inspecteur de mogelijkheid krijgt zelfstandig een

uitspraak van de rechter te verkrijgen over de noodzaak een behandeling toe te passen waartegen de patiënt zich verzet. Daartoe moet de geneesheer-directeur bij de melding van dwangbehandeling steeds aangeven of de patiënt in staat kan worden geacht hierover een klacht in te dienen.

In 1991 wordt het gewijzigde wetsvoorstel Bopz aan de Eerste Kamer aangeboden. Naar aanleiding hiervan vraagt de Eerste Kamer alsnog een reactie op de kritiekpunten die in 1984 werden geuit en wil zij weten in hoeverre het nieuwe wetsvoorstel aan die kritiekpunten tegemoet komt.

Met betrekking tot psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten wordt onder meer opgemerkt dat de onmogelijkheid zichzelf te verzorgen de belangrijkste reden is voor opneming van deze patiënten. Aangezien zij zich buiten de inrichting niet kunnen handhaven ten gevolge van hun gebrekkige ontwikkeling respectievelijk ziekelijke stoornis vallen deze patiënten onder het gevaarscriterium van de wet. Het gevaar bestaat hierin dat deze patiënten zonder de zorg van de inrichting zouden verkommeren. 'Aangezien de mogelijkheid of onmogelijkheid van verzorging van betrokkene buiten de inrichting, bijvoorbeeld door de ouders, bij de afweging door de rechter of opneming noodzakelijk is één van de belangrijkste gegevens zal zijn, zal bij de onmogelijkheid van ouders hun kind zelf te verzorgen geconcludeerd moeten worden dat de noodzaak tot opneming aanwezig is.' (Handelingen Eerste Kamer, Vergaderjaar 1991-1992: 3)

Om te voorkomen dat de wachtlijsten doorkruist worden door middel van bezwaar tegen opneming, worden zwakzinnigeninrichtingen en psychogeriatrische verpleeginrichtingen uitgezonderd van de mogelijkheid inrichtingen tot opneming te verplichten. (Zie ook Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1990-1991a)

Ook wordt nogmaals ingegaan op de reden om een regeling voor dwangbehandeling in de Wet Bopz te introduceren. Benadrukt wordt dat de mogelijkheid van dwangbehandeling geen verband houdt met de machtiging tot opname, maar met de omstandigheid dat de betrokkene binnen het ziekenhuis ernstig gevaar veroorzaakt. Ook wordt aangegeven dat bij verzet van de patiënt, ook als hij niet in staat wordt geacht zijn wil te bepalen, geen behandeling kan worden toegepast, tenzij sprake is van ernstig gevaar.

Ten aanzien van de opstelling van het behandelingsplan kan de wilsonbekwaamheid van de patiënt wel relevant zijn. Als deze niet in staat is tot een redelijke belangenafweging is de hulpverlener in beginsel aan wilsuitingen van een vertegenwoordiger gebonden. Handelt deze echter in strijd met de belangen van de patiënt, dan moet de hulpverlener steeds bij de belangen en verzorging het belang van de patiënt dienen. 'De bevoegdheid van de vertegenwoordiger ten aanzien van de behandeling van de patiënt vindt derhalve zijn begrenzing in de beroepsverantwoordelijkheid van de arts.'

Tot slot wordt nog ingegaan op de positie van de vrijwillig opgenomen patiënt. Als deze een behandeling weigert, kan dit voor behandelaars uiteindelijk aanleiding zijn de patiënt uit het ziekenhuis te ontslaan. In het algemeen is immers behandeling van de stoornis het doel van de opneming.

*'Het spreekt echter voor zich dat bij weigering van een behandeling allereerst met de patiënt overlegd wordt over mogelijke alternatieve behandelingen. Niet kan worden volgehouden dat met de weigering een behandeling te ondergaan automatisch de bereidheid tot verder verblijf in het ziekenhuis is komen te vervallen. Denkbaar is dat een patiënt wel in het ziekenhuis wil verblijven, maar zich volledig aan behandeling onttrekt. In deze gevallen zal de patiënt ontslag mogen worden verleend, mits dit op zorgvuldige wijze gebeurt, waarbij aandacht wordt besteed aan nazorg en de individuele situatie van de patiënt. Van rauwelijks ontslag kan derhalve geen sprake zijn'* (Handelingen Eerste Kamer, Vergaderjaar 1991-1992: 12)

### 3.3 Wgbo

Op 26 oktober 1977 is aan de Centrale Raad voor de Volksgezondheid een advies gevraagd inzake het patiëntenrecht. In maart '78 brengt de raad een interim advies uit, op basis waarvan een breed samengestelde Commissie Rechten van de Patiënt is ingesteld. Deze commissie houdt zich bezig met het recht van de patiënt op informatie, het zelfbeschikkingsrecht bij beslissingen omtrent de behandeling, de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt, alsmede behandeling van klachten. De verhouding tussen de rechtspositieregeling van psychiatrische en niet-psychiatrische patiënten is bij die commissie en het door de Centrale Raad uit te brengen advies een bijzonder punt van aandacht. (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1979-1980a: 4)

In mei 1990 wordt na een lange voorbereiding een eerste voorstel aan de Tweede Kamer aangeboden inzake een wijziging van het Burgerlijk Wetboek en enige andere wetten in verband met de opnemingsbepalingen omtrent de overeenkomst tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst. Met het voorstel tot een Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo) beoogt de wetgever een meer specifieke invulling van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet. Men geeft aan dat de horizontale werking van deze bepalingen informed consent in de verhouding tussen een patiënt en een hulpverlener impliceert, maar concrete wetgeving op dit terrein ontbreekt. (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1989-1990b: 4-5) Met de wet wordt ook invulling gegeven aan enkele verdragen die hetzelfde onderwerp direct of indirect behandelen, zoals art. 8 van het Europees Verdrag van de Rechten van de Mens (EVRM), artt. 5 en 12 van de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens, en artt. 7 en 17 van het Internationaal Verdrag van de Burgerlijke en Politieke Rechten (IVBPR). Op Europees niveau zijn in dit verband daarnaast nog van belang een resolutie inzake sterilisatie van de Raad van Europa (resolutie nr. 29) en een aanbeveling eveneens van de raad van Europa No.R. (83) van 22 februari 1983 inzake de rechtsbescherming van gedwongen opgenomen geestelijk gestoorde patiënten.

#### 3.3.1 Reikwijdte

In de beantwoording van de vraag in hoeverre de Wgbo ruimte laat om vrijheidsbeperkingen toe te passen is allereerst relevant wat de reikwijdte van de wet is.

Bij de overeenkomst staan handelingen op het gebied van de geneeskunst centraal. (art. 7:446 BW) Hieronder wordt onder meer verstaan:

1. Alle verrichtingen – het onderzoeken en het geven van raad daaronder begrepen – rechtstreeks betrekking hebbende op een persoon en ertoe strekkende hem van een ziekte te genezen, hem voor het ontstaan van een ziekte te behoeden of zijn gezondheidstoestand te beoordelen, dan wel deze verloskundige bijstand te verlenen; (lid 2)
2. Andere handelingen die rechtstreeks betrekking hebben op een persoon, die worden verricht door een arts of tandarts in die hoedanigheid. (lid 2)
3. Onder handelingen op het gebied van de geneeskunst worden mede gerekend het in het kader daarvan verplegen en verzorgen van de patiënt en het overigens rechtstreeks ten behoeve van de patiënt voorzien in de materiële omstandigheden waaronder die handelingen kunnen worden verricht. (lid 3)

Uit de memorie van toelichting blijkt dat bijvoorbeeld ook nazorg door een RIAGG onder de Wgbo kan vallen, tenzij die geheel maatschappelijk van aard is. Ook hulp door een kruisorganisatie valt eronder: zolang de patiënt niet geheel hersteld is, is er tenminste sprake van 'aanpaalende handelingen' (lid 3). (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1989-1990b: 10)

Tijdens de behandeling door de vaste Commissies voor Justitie en voor de Volksgezondheid belast met het voorbereidend onderzoek van het voorstel Wgbo constateert een lid van de RPF-

fractie dat het wetsvoorstel meer gericht is op situaties, waarin sprake is van 'cure', dat wil zeggen behandeling in enge zin, dan op situaties, waarin meer sprake is van uitsluitend zorg ('care'), in de zin van verzorging. Hij denkt daarbij in het bijzonder aan handelingen bij langdurig verblijf in instellingen (zwakzinnigenzorg, psychiatrische inrichtingen en revalidatiecentra). In dergelijke gevallen kan naar zijn mening niet meer worden gesproken van een 'aanpalende' hotelfunctie, maar is de woonfunctie primair geworden. Hij vraagt zich af of dit wetsvoorstel op bovengenoemde situaties moet worden toegesneden.

De leden van de CDA-fractie vragen zich af of de regering bij het bepalen van de reikwijdte van deze wet in het bijzonder de intramurale instellingen op het oog heeft gehad. Zij zijn van mening dat de handelingen ex art. 1653 lid 3 (thans art. 7:446 lid 3 BW) eveneens in extramurale instellingen plaatsvinden, en vinden dat dit wetsvoorstel op deze situaties niet voldoende is toegesneden.

De VVD-fractie heeft behoefte aan een nadere uitleg over de verhouding met enkele administratiefrechtelijke regelingen, zoals de Wet Bopz en de Wet bestrijding infectieziekten. (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1990-1991e: 15 en 33).

Over de verhouding met de Wet Bopz geven de verantwoordelijke bewindslieden in de memorie van antwoord aan dat naast de bescherming die dit wetsvoorstel in zijn algemeenheid ook aan psychiatrische patiënten biedt, de noodzaak blijft bestaan om voor specifieke situaties aparte regelingen te treffen van administratiefrechtelijke aard. Een voorbeeld daarvan is de gedwongen opname in een psychiatrische instelling. De rechtszekerheid en het ingrijpende karakter van een dergelijke maatregel brengen mee dat daarvoor passende regelingen worden gemaakt. Voorts stelt de memorie van antwoord dat art. 15 GW inhoudende dat niemand zonder rechterlijke tussenkomst rechtens van zijn vrijheid kan worden beroofd, noodzaakt tot een regeling bij wet. Aansluitend voegen de bewindslieden toe dat de rechten van psychiatrische patiënten, net als die van overige patiënten, versterkt worden. Zo zullen hulpverleners niet te snel mogen concluderen dat de ziekte van de patiënt meebrengt dat hij niet tot oordelen in staat is. Wel zal in een dergelijke situatie van de hulpverlener mogen worden verwacht dat hij tegenover de patiënt zijn rechten respecteert. Voorts stellen zij dat een en ander de noodzaak van specifieke regels voor een gedwongen opname onverlet laat. (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1990-1991f: 4,5)

Met betrekking tot de reikwijdte van art. 1653 lid 3 (thans art. 7:446 lid 3 BW) wordt opgemerkt dat het hier aanpalende handelingen betreft, dat wil zeggen handelingen die verricht worden als onderdeel van een geneeskundige handeling. Zo bezien valt verzorging van (gezonde) bejaarden in een verzorgingshuis in beginsel niet onder de wet, aangezien in dat geval – als regel – geen sprake is van een geneeskundige behandeling. In antwoord op vragen van de GPV- en de RPF-fractie geeft de regering aan dat ook verpleging en verzorging in een verpleeghuis als behandelingsovereenkomst in de zin van het wetsvoorstel kunnen worden aangemerkt, voor zover deze onderdeel vormen van een geneeskundige behandeling. Gegeven de feitelijke situatie verwacht de regering dat dit in het algemeen het geval zal zijn. Of de door de fracties genoemde voorbeelden van activiteitenbegeleiding of spel- en bewegingstherapie in een verpleeghuis deel uitmaken van de geneeskundige behandeling en derhalve onder het wetsvoorstel vallen is afhankelijk van de concrete situatie.

In het nader voorlopig verslag van de vaste commissies voor justitie en de voor de volksgezondheid blijkt dat de leden van de CDA-fractie vrezen dat met de beperking tot geneeskundige en aanpalende handelingen een grijs gebied ontstaat. De grens wanneer in een verpleeghuis verpleging en verzorging wel en wanneer deze niet onder de WGBO vallen is niet altijd even scherp te trekken. Hetzelfde geldt voor bepaalde handelingen in de extramurale setting en revalidatie. (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1991-1992e: 12)

In antwoord op de opmerkingen van het CDA wordt gesteld dat in een verpleeghuis slechts bij uitzondering geen sprake zal zijn van een geneeskundige behandeling.

*'Wij menen dat in de praktijk aan de hand van concrete omstandigheden duidelijk zal zijn wanneer*

*dat niet het geval is. Overigens ligt het voor de hand dat ook in die uitzonderingsgevallen zoveel mogelijk gehandeld zal worden overeenkomstig de regels van het wetsvoorstel. Dat komt zowel voor de cliënt als de instelling de duidelijkheid ten goede en is ook in het belang van de patiënt. In voorlichting aan zowel hulpverleners als patiënten zal aandacht worden besteed aan de vraag welke handelingen onder het wetsvoorstel vallen en welke niet.'* (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1991-1992f: 18)

Vergeefs verzoeken de leden van de VVD-fractie nog een keer expliciet in te gaan op de relatie met de Wet Bopz. Alleen al in het belang van de wetsgeschiedenis en om de dwarsverbanden in de totstandkoming van beide wetten duidelijk en evenwichtig vast te leggen achten zij een dergelijke vraag relevant. (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1991-1992e: 27) In de nadere memorie van antwoord stellen de verantwoordelijke bewindslieden dat de relatie met de Wet Bopz eerder reeds voldoende ter sprake is geweest. (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1991-1992f: 38)

### **3.3.2 Wilsonbekwaamheid**

Het oorspronkelijke voorstel Wgbo bevat reeds dezelfde formulering van wilsonbekwaamheid als thans in de definitieve wet is vastgelegd. Met betrekking tot art. 1653 u (thans art. 7:465 BW) beperkt de kritiek zich tot de vraag of het wenselijk is dat de wilsbekwaamheid ter zake door de hulpverlener wordt vastgesteld, en hoe deze wordt vastgesteld.

In de memorie van antwoord wordt gesteld dat de hulpverlener de wilsbekwaamheid moet bepalen, omdat hij moet nagaan jegens wie hij zijn verplichtingen uit de overeenkomst moet nakomen. Het is echter niet louter de hulpverlener die oordeelt: hij zal zich met de vertegenwoordiger verstaan en zonodig de deskundige mening van een vakgenoot inwinnen. (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1990-1991f: 52-53)

De wilsonbekwaamheid zal in de eerste plaats kunnen worden vastgesteld door waarneming van de totale geestelijke toestand van de patiënt. Daarnaast is de aard van de verrichting van belang, in samenhang met de geestelijke toestand van de patiënt. Zo kan bij niet-ingrijpende verrichtingen, de memorie van antwoord noemt hier het voorbeeld van het vullen van een kies, de wilsonbekwaamheid niet spoedig afwezig worden geacht. Dit kan wel als de patiënt op oneigenlijke argumenten, bijvoorbeeld door onredelijke angst, niet instemt met de behandeling. (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1990-1991f: 52)

In de nadere memorie van antwoord wordt aangegeven dat onomstreden criteria voor de vaststelling van wilsonbekwaamheid niet te geven zijn. Onder verwijzing naar Legemaate (1992) wordt gesteld dat steeds zal moeten worden beoordeeld in welke mate deze patiënt, gelet op de toestand waarin hij verkeert, onbekwaam is om ten aanzien van de aan de orde zijnde, specifieke aangelegenheid een beslissing te nemen. Ook stelt men dat het wetsontwerp uitgaat van bekwaamheid, totdat het tegendeel komt vast te staan.

Tot slot wordt verwezen naar de benadering van van der Klippe (1990) met betrekking tot wilsonbekwaamheid:

- Geeft de patiënt er blijk van in de desbetreffende kwestie een keuze te hebben gemaakt, en
- Geeft de patiënt er blijk van de verstrekte informatie te hebben begrepen.

Het voordeel van deze benadering, die in de nadere memorie van antwoord wordt omschreven, is volgens van der Klippe dat beide criteria concrete gedragingen betreffen aan de hand waarvan het onvermogen tot wilsbepaling in een concrete situatie aantoonbaar is. (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1991-1992f: 39)

### **3.3.3 Dwangbehandeling**

In het oorspronkelijke voorstel is geen ruimte gereserveerd voor toepassingen van dwangbe-



handeling. (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1990-1991f: 4,5) De regering geeft hierover aan in de memorie van antwoord:

*‘De rechtspositie van een met rechterlijke machtiging opgenomen patiënt wijkt in zoverre van de algemene regel af, dat jegens hem een behandeling tegen zijn wil plaats kan vinden als sprake is van ernstig gevaar (het toestemmingsvereiste vervalt derhalve).’*

De dwangbehandeling wordt op de valreep door kamerlid Kohnstamm bij amendement ingevoegd (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1993-1994):

*Aan artikel I, artikel 1653 u, wordt een nieuw vijfde lid toegevoegd, luidende:*

*5. Verzet de patiënt zich tegen een verrichting van ingrijpende aard waarvoor een persoon als bedoeld in het tweede of derde lid toestemming heeft gegeven, dan kan de verrichting slechts worden uitgevoerd indien zij kennelijk nodig is teneinde ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen.’*

De letterlijke tekst van de toelichting luidt:

*‘Het amendement is erop gericht een ongerechtvaardigd onderscheid tussen Bopz- en Wgbo-patiënten weg te nemen. Tijdens de plenaire behandeling van de Bopz in 1991 is een bepaling aangenomen waarbij de vervangende toestemming van een vertegenwoordiger voor een behandeling opzij kan worden gezet als de wilsonbekwame patiënt zich tegen deze behandeling verzet. Slechts als er sprake is van ‘ernstig gevaar’ voor de patiënt of anderen kan de behandeling worden uitgevoerd. Omdat ‘vrijwillig’ opgenomen patiënten (waaronder ook zwakzinnigen en psychogeriatrische patiënten) onder het regime van de Wgbo vallen stelt ondergetekende een soortgelijke bepaling voor deze patiënten voor. Daarnaast is het zo dat wilsonbekwame patiënten met een niet-psychiatrische aandoening ten aanzien van ingrijpende verrichtingen recht hebben op de bescherming zoals deze door het amendement wordt geboden. Hierbij is uitdrukkelijk aangesloten bij de door de Wgbo gehanteerde terminologie (1653 e en v [thans art. 7:451 en 466 BW – LA]). Door de – ook door de regering gebruikte – term ‘ingrijpende verrichting’ te hanteren kunnen niet ingrijpende behandelingen, zoals bijvoorbeeld een tandartsbezoek, bij een zich verzettende wilsonbekwame patiënt toch worden uitgevoerd. Bepaalde medicatie met ernstige bijwerkingen zou bijvoorbeeld weer wel onder een ingrijpende verrichting kunnen vallen.’*

Met het amendement heeft de opsteller in de wet derhalve tot uitdrukking willen laten komen dat als een wilsonbekwame patiënt zich tegen een behandeling verzet er een extra onderbouwing nodig is om deze doorgang te laten vinden. De regeling is analoog aan die van art. 38 Bopz, waarbij uitsluitend is gekozen voor een andere formulering, omdat ‘ernstig nadeel’ in de Wgbo wordt gehanteerd.

Het amendement wordt door de Tweede Kamer overgenomen en wordt ook tijdens de behandeling in de Eerste Kamer, waar de Wgbo overigens zonder stemming wordt aangenomen, niet bekritiseerd.

### **3.3.4 Handelen zonder toestemming: noodsituaties en niet-ingrijpende verrichtingen**

Art. 1653 v (thans art. 7:466 lid 1) voorziet in situaties waarin de patiënt niet in staat is om zijn toestemming te geven en de toestemming van een vertegenwoordiger niet kan worden gevraagd, bijvoorbeeld omdat onmiddellijke hulpverlening geboden is. (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1989-1990c: 48-49). Bij de behandeling van deze bepaling op diverse plaatsen rijzen nauwelijks vragen of problemen.

Wanneer het gaat om niet-ingrijpende verrichtingen mag de toestemming van de patiënt worden verondersteld te zijn gegeven. Of een verrichting van ingrijpende aard is hangt vooral van de omstandigheden af. Niet alleen moet gekeken worden naar de verrichting in de zin van de technische handeling, maar ook naar datgene wat met de verrichting wordt beoogd of het gevolg daarvan kan zijn. De lichamelijke of geestelijke toestand of de (jeugdige) leeftijd kan van belang zijn bij de bepaling van de ingrijpendheid van de verrichting. De memorie van toelichting

vermeldt verder dat aan de aanduiding 'niet ingrijpend' door zelfregulering verdere inhoud kan worden gegeven.

Ook als vervangende of aanvullende toestemming van vertegenwoordigers is vereist mag deze bij verrichtingen van niet-ingrijpende aard worden verondersteld. (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1989-1990c: 49)

Leden van de GPV-fractie vragen bij de behandeling door de vaste kamercommissies om een nadere toelichting van 'niet-ingrijpend'. Zij vinden dat dit niet aan zelfregulering kan worden overgelaten. (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1990-1991e: 44)

Bij memorie van antwoord wordt aangegeven dat de doelstelling van de bepaling is om te voorkomen dat de praktijk onnodig wordt belast met het toepassen van formele voorschriften waar die geen redelijk belang meer dienen. Als de geestelijke of lichamelijke integriteit van de patiënt nauwelijks in het geding is wanneer geen uitdrukkelijke toestemming wordt gevraagd, is dit het geval. Daar wordt aan toegevoegd dat lid 2 van de onderhavige bepaling slechts legitimeert tot verrichtingen waarvoor de toestemming mag worden verondersteld, dus zonder uitdrukkelijke toestemming. De omstandigheden moeten met andere woorden zodanig zijn dat mag worden aangenomen dat de betrokkene desgevraagd uitdrukkelijk met de verrichting zou instemmen. (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1990-1991f: 71) Na vragen daartoe van leden van de D'66-fractie wordt in de nadere memorie van antwoord aangegeven dat de arts in eerste instantie bepaalt dat een behandeling niet-ingrijpend is, maar dat de patiënt nog altijd toestemming kan weigeren. Hij is immers degene op wie de verrichting wordt uitgevoerd. Gesteld wordt dat aan te nemen valt dat de arts bij zijn besluit handelt overeenkomstig gebruikelijkerwijs als al dan niet ingrijpend wordt ervaren. (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1991-1992g)

### **3.4 Jurisprudentie**

Ten behoeve van dit onderzoek is jurisprudentie bestudeerd die meer inzicht kon geven in de grenzen wat er aan vrijheidsbeperkende maatregelen mogelijk is in het kader van de Wgbo en onder welke omstandigheden de rechter, vanwege het feit dat er dwangbehandeling moet worden toegepast, een rechterlijke machtiging geïndiceerd vindt. Als bronnen zijn gebruikt: (kwartaalblad) Bopz-jurisprudentie ((k)BJ), Nederlandse Jurisprudentie (NJ), Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, en jurisprudentieoverzichten van diverse auteurs (Bos-van den Berg, 1994:, Dijkers, 1997b:, Roode, 1996:, 1997:, 2000).

Uit het onderzoek blijkt dat de rechter zich nooit direct heeft uitgesproken over de geoorlooftheid van dwangbehandeling op de voet van de Wgbo. en dus ook niet over de grenzen van hetgeen op basis van deze regeling mag. Daarom zijn zaken bestudeerd waarbij een rechterlijke machtiging werd aangevraagd teneinde dwangbehandeling te kunnen toepassen. Bij een aantal van deze zaken heeft de rechter wel direct of indirect uitspraken gedaan over dwangbehandeling op grond van de Wgbo.

Hieronder worden relevante uitspraken steeds kort besproken. Aansluitend volgt in paragraaf 3.4.2 een nadere analyse van de uitspraken.

#### **3.4.1 Relevante uitspraken**

##### **3.4.1.1 Jurisprudentie waarbij een RM wordt aangevraagd t.b.v. dwangbehandeling**

Rechtbank 's-Gravenhage, 8 mei 1991 (1993) *vanwege inbreuk op grondrechten volstaat toestemming ouders voor dwangbehandeling niet*.

Een zeventienjarige jongen wordt zowel tijdens zijn vrijwillig als tijdens zijn gedwongen verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis gesepareerd. De ouders van de jongen hebben toestemming daarvoor gegeven. De jongen betwist in rechte de rechtmatigheid van die separatie.

De rechtbank overweegt dat de ouderlijke macht, zijnde een zorgplicht van de ouders ten behoeve van de minderjarige, niet zonder meer legitimeert tot het maken van inbreuk op de grondrechten van een minderjarige. Volgens de rechtbank geldt dit in casu des te meer nu het hier ging om een minderjarige van ruim 17 jaar, die naar heersende rechtsopvatting, waarbij verwezen wordt naar het wetsontwerp inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst, in beginsel over zijn eigen medische behandeling kon beslissen. Verder overweegt de rechtbank; 'nu het hier gaat om een inbreuk op de grondrechten van X kan, al aangenomen dat X niet tot een redelijke waardering van zijn belangen in staat zou zijn geweest, tegenover de weigering van X zelf de enkele toestemming van diens ouders de toepassing van de onderhavige maatregel c.q. de onderhavige behandeling niet rechtvaardigen.'

Volgens de rechtbank is dwangbehandeling slechts geoorloofd bij aanwezigheid van een acute noodtoestand, dat wil zeggen een toestand waarin het gedrag van de patiënt ten gevolge van diens geestvermogens onaanvaardbare risico's voor de lichamelijke integriteit van de patiënt of anderen met zich meebrengt. Daarbij maakt het niet uit of de patiënt vrijwillig in de inrichting verblijft, of dat hij gedwongen is opgenomen. Aan gedaagde wordt de bewijslast opgedragen om aan te tonen dat er van een dergelijke noodtoestand sprake was. (Zie over deze uitspraak ook Bos-van den Berg, 1994)

Hoge Raad, 18 november 1994 (1995) *nodige bereidheid ontbreekt door verdachte omstandigheden opneming*

Een schizofrene vrouw laat zich in de periode nadat de officier van justitie een vordering tot een voorlopige machtiging heeft ingesteld en voordat de behandeling daarvan bij de rechtbank plaatsvindt, vrijwillig opnemen. Ook heeft zij verklaard bereid te zijn in het psychiatrisch ziekenhuis te blijven. Desondanks is de rechtbank te Middelburg van oordeel dat er onvoldoende bereidheid tot opneming en verblijf aanwezig is. In de eerste plaats heeft de opneming onder 'verdachte omstandigheden' plaatsgevonden. Mogelijk heeft de betrokkene haar besluit tot opneming onder druk genomen. Verder heeft zij 'zich verzet bij de toediening van de voor haar behandeling zo belangrijke medicijnen.' In de derde plaats is betrokkene niet bereid het oordeel van het ziekenhuis over haar gedrag en wijze van behandeling te accepteren, waardoor de kans groot is dat zij zich aan de behandeling zal onttrekken.

De vrouw gaat tegen de beslissing van de rechtbank in cassatie. De Hoge Raad overweegt met betrekking tot het eerste cassatiemiddel, te weten dat betwist wordt dat de nodige bereidheid tot opneming en verblijf zou ontbreken, dat het oordeel van de rechtbank geen blijk geeft van een onjuiste opvatting met betrekking tot het bepaalde in art. 2 lid 3 onder a Bopz. Volgens de Hoge Raad zijn bedoeld oordeel en de daaraan ten grondslag liggende overwegingen niet onbegrijpelijk en behoeften geen nadere motivering. Bovendien stelt de Hoge Raad dat deze overwegingen voor het overige in cassatie niet op hun juistheid kunnen worden getoetst, omdat zij zijn verweven met waarderingen van feitelijke aard.

A-G Asser maakt bij deze uitspraak een onderscheid tussen situaties waarin de rechter een RM kan verlenen (art. 2 lid 1 en 2 Bopz) en situaties waarin hij dit móet doen (art. 2 lid 3 en 4 Bopz). Indien een in leden 3 en 4 beschreven situatie zich voordoet, kan opneming en verblijf, respectievelijk voortdurend van het aanvankelijk op vrijwillige basis berustende verblijf, slechts plaatsvinden krachtens een rechterlijke machtiging. (Ook behandeld door de Roode, 1996: in haar jurisprudentieoverzicht Bopz (1996) evenals een aantal, deels ongepubliceerde, zaken waarin een vordering tot het verlenen van een RM werd afgewezen, omdat deze uitsluitend was ingediend ter legitimering van dwang. (separatie en fixatie)) Dijkers (1997: 19) stelt in zijn jurisprudentieoverzicht bij de behandeling van dit arrest en enkele uitspraken van lagere rechters dat dwangbehandeling op basis van de Wgbo, bij onbekwaamheid van de patiënt, denkbaar is maar betrokkene dit bij vrijwillig verblijf kan frustreren door het ziekenhuis te verlaten.

Rechtbank 's-Gravenhage, 3 april 1995 (1995); *machtiging niet bedoeld voor legitimatie fixatie*  
Een psychiatrische patiënte verblijft reeds 60 jaar in een psychiatrisch ziekenhuis. Zij verzet zich af en toe tegen haar fixatie op stoel en bed. Er wordt een machtiging gevorderd met om de fixatie te legitimeren. De rechtbank wijst de vordering af met de overweging dat 'betrokkene zich slechts, zo nu en dan, verzet tegen haar 'fixatie' op stoel of bed en dat het niet gaat om een machtiging om betrokkene in het ziekenhuis te houden, maar om een machtiging om haar zo nodig te fixeren; overwegende dat een dergelijke machtiging echter niet op de wet steunt en het verlenen van de wel in de wet voorziene, en hier gevorderde machtiging voor een dergelijke fixatie noch vereist, noch voldoende is; overwegende dat het treffen van maatregelen om een patiënte, zoals betrokkene, die door een stoornis van haar geestvermogens zich niet kan weerhouden van gedragingen (gaan lopen en gaan staan) welke door haar lichamelijke toestand (onder meer een ernstige osteoporose) bij vallen tegen een ernstig risico voor botbreuk meebrengen tegen dat risico te beschermen, kan gerekend worden tot de goede zorg welke het ziekenhuis tot doel heeft te verlenen en waaraan betrokkene zich juist vrijwillig heeft toevertrouwd.'

Hoge Raad 7 april 1995 (1995) *beoordelingsmarge rechtbank bij beoordeling nodige bereidheid*  
/

Een vrouw lijdt aan een toenemend ernstige manisch-depressieve psychose, waarvoor zij vanaf 1966 een groot aantal malen opgenomen is geweest. Sinds 5 december 1994 weigert zij voedsel en vocht. De weigering is tot stand gekomen onder invloed van haar psychose. Zij vreest door eten of drinken te zullen of stikken en dood te gaan. Weigering van voedsel en drinken kan voor betrokkene, gelet op haar somatische toestand, snel fataal zijn. Communicatie met betrokkene is thans niet mogelijk.

De rechtbank is van oordeel dat het vaststaat dat betrokkene als gevolg van haar geestelijke stoornis voedsel en vocht weigert, en dat dit haar leven in gevaar brengt. Het gevaar kan niet op andere wijze worden afgewend dan door verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis. De rechtbank overweegt daarnaast dat de nodige bereidheid ook ontbreekt indien betrokkene weliswaar in de kliniek aanwezig is en blijft, maar haar handelwijze een gedwongen behandeling als bedoeld in art. 38 lid 5 dan wel toepassing van een middel of maatregel als bedoeld in art. 39 Bopz zou rechtvaardigen. Ook de omstandigheid dat betrokkene geen blijk heeft gegeven uit de instelling heeft willen vertrekken (art. 2 lid 4 Bopz) staat het verlenen van de machtiging, gelet op het voorgaande, niet in de weg.

Tegen de uitspraak van de rechtbank wordt cassatie ingesteld. De Hoge Raad overweegt:

'De rechtbank bezit een beoordelingsmarge (Handelingen Eerste Kamer, Vergaderjaar 1992-1993)) bij de beantwoording van de vraag of er sprake is van de nodige bereidheid tot verblijf, die ruimte laat voor het oordeel dat de nodige bereidheid ontbreekt, niettegenstaande het feit dat de betrokkene niet blijk heeft gegeven uit de kliniek te willen vertrekken. Hieraan doet volgens de HR niet af, hetgeen wordt opgemerkt in de Memorie van Antwoord op het gewijzigd wetsvoorstel Bopz aan de Eerste Kamer, te weten 'dat niet kan worden volgehouden dat met de weigering een behandeling te ondergaan automatisch de bereidheid tot verder verblijf in het ziekenhuis is komen te vervallen.' (Handelingen Eerste Kamer, Vergaderjaar 1992-1993)

Advocaat-Generaal Leijten redeneert in zijn oordeel over deze zaak: 'Patiënten die zich vrijwillig hebben laten opnemen en die vrijwillig opgenomen blijven, kunnen, ook als het volstrekt noodzakelijk is om ernstig gevaar af te wenden, niet tot een behandeling gedwongen worden. Dat is een conclusie die op het eerste gezicht uit het gevolgde systeem voortvloeit. Desondanks zou ik menen dat ook de vrijwillig opgenomen patiënt, als hij acuut ernstig gevaar voor anderen oplevert zich een (eventueel medische) behandeling moeten laten welgevalen die dat gevaar kan afwenden. Maar de behandelende instantie bevindt zich dan ook in een soort noodtoestand.'

De Boer vraagt zich in zijn noot bij dit arrest af of de HR wel de goede weg is opgeslagen met

onderhavige beschikking. Hij betoogt dat gelet op de introductie van de Wgbo met name vanwege art. 7:465-466 BW, die op 1 april 1995 in werking is getreden, de betekenis van onderhavige beschikking beperkt dient te zijn. Ook stelt hij: 'enerzijds mag de Wgbo-dwangbehandeling van wilsonbekwamen niet (materieel) tot vrijheidsbeneming leiden, maar anderzijds moet de verlening van een Bopz-machtiging ultimum remedium blijven.' Deze uitspraak wordt niet nader onderbouwd.

*Rechtbank Haarlem, 6 oktober 1997 (1998) door vrijwillig verblijf onvoldoende reden om gevaar aan te nemen*

Een psychiatrische patiënt verblijft vrijwillig in een psychiatrisch ziekenhuis. Onder invloed van psychoses wordt hij angstig wat leidt tot dreigend gedrag naar anderen en tot maatschappelijke teloorgang. Dit gevaar wordt echter afgewend door het verblijf van betrokkene in het ziekenhuis zodat het gevaar thans slechts op de achtergrond aanwezig is. De arts heeft aangevoerd de machtiging te willen gebruiken om betrokkene adequaat op medicatie, eventueel onder dwang in te stellen en in de toekomst als middel in te willen zetten ter ondersteuning van het revalidatietraject met als uiteindelijke doelstelling verblijf in de thuissituatie in het kader van een voorwaardelijk ontslag. De rechtbank is van oordeel dat er onvoldoende grondslag voor het verlenen van een voorlopige machtiging daar betrokkene het ziekenhuis niet zal verlaten wanneer hij geen machtiging heeft en het gevaar wordt afgewend door het verblijf van betrokkene in het ziekenhuis.

*Rechtbank Zutphen, 19 december 1997 (1998) wel sprake van de nodige bereidheid*

Een aan een paranoïde psychose lijdende patiënte verbleef aanvankelijk vrijwillig in het ziekenhuis. Patiënte geeft verbaal aan dat zij wil vertrekken, maar verlaat feitelijk het ziekenhuis niet. De arts heeft te kennen gegeven er niet van uit te gaan dat betrokkene weg zal gaan uit het ziekenhuis indien zij geen machtiging heeft. Met de patiënte is geen overeenstemming te krijgen over haar behandelplan. De machtiging is bedoeld om betrokkene adequaat op medicatie, eventueel onder dwang in te stellen. Omdat de machtiging uitsluitend nodig is om betrokkene tegen haar zin te gaan behandelen wijst de rechtbank de vordering af, omdat die niet op de wet gegrond is. Verder geeft deze aan: 'dit laat onverlet de mogelijkheid om betrokkene te behandelen op basis van de Wet geneeskundige behandelovereenkomst en met name art. 7:450 lid 3 BW.'

Bij deze uitspraak is door T.P. Widdershoven een uitgebreide noot geschreven. Daarin gaat hij allereerst in op het feit dat voor een vrijwillige opname en verblijf een informed consent van de betrokkene zelf op basis van art. 7:446 BW nodig is. Wordt deze niet gegeven, of kan deze niet gegeven worden, dan ontbreekt de nodige bereidheid in de zin van de Wet Bopz en is een RM nodig. Voorts stelt hij dat een eenmalig gegeven toestemming volstaat. Wisselende stemmen en een fluctuerende bekwaamheid staan voortzetting van een in aanvang gewenst verblijf niet in de weg. Dit vervalt pas als betrokkene aangeeft het verblijf te willen beëindigen. Hij leidt dit af uit de formulering van art. 2 lid 4 en art. 54 Bopz en noemt de formulering van art. 69 in dit verband onnauwkeurig.

Het afwijzen van een behandeling kan onder omstandigheden grond opleveren voor het verlenen van een machtiging. In dit verband stelt Widdershoven een dubbele toetsing voor: 'de voorwaarden die aan het verlenen van de machtiging zijn gesteld zijn deels van andere aard en voor het overige minder stringent dan de voorwaarden die voor dwangbehandeling mogelijk te maken, niet kan worden volstaan met een toetsing aan de voorwaarden voor de machtiging. Een machtiging in de hier bedoelde situatie dient enkel aan de orde te zijn als op voorhand duidelijk is dat dwangbehandeling kan volgen. In concreto betekent dit dat de rechter een dubbele toetsing moet uitvoeren: bij verlenen van de machtiging moet zowel de noodzaak van de dwangopname als de noodzaak van de voorgenomen dwangbehandeling vaststaan.' Verder stelt hij dat een dergelijke machtiging nog geen vrijbrief geeft voor dwangbehandeling,

omdat de wet geen machtiging met een dergelijk bereik kent.

Tot slot geeft Widdershoven aan dat de rechtbank met een verwijzing naar de Wgbo de behandelaar een handvat lijkt te bieden voor toekomstig handelen. Hij vraagt zich wel af of de Wgbo soelaas biedt, waarbij hij erop wijst dat de rechter i.c. waarschijnlijk heeft willen verwijzen naar art. 7:465 lid 6 BW. Hij stelt dat de Wgbo geenszins legitimeert tot vrijheidsbeneming in het psychiatrisch ziekenhuis en dat de vrijwillig opgenomen patiënt zich aan Wgbo-dwang kan onttrekken door het ziekenhuis te verlaten. Maar ook: 'indien de patiënt echter behandeling weigert, maar die weigering geen kracht bij kan zetten door met vertrek te dreigen omdat alternatieve opvang ontvreekt, of vertrek anderszins niet tot de mogelijkheden behoort, zou op grond van de Wgbo behandeling mogelijk doorgang kunnen vinden. Hetzelfde geldt indien de patiënt zich verzet tegen behandeling, terwijl een kenbare wens over voortzetting van het verblijf ontbreekt.' Hij betoogt dat de behandelaar als het ware een keuzemogelijkheid heeft, hetgeen hij bezwaarlijk noemt. Hij vindt dat in gevallen als deze de omzettingsmogelijkheid naar de Wet Bopz benut moet worden, omdat die de meeste waarborgen biedt. Dit geldt echter niet als de patiënt zelf opteert voor de Wgbo-regeling.

*Rechtbank 's-Hertogenbosch 13 januari 1998 (1998) geen nodige bereidheid door verzet tegen plaatsing in separeerverblijf*

Een psychiatrische patiënt die vrijwillig in een psychiatrisch ziekenhuis verblijft, verzet zich tegen plaatsing in het separeerverblijf. Er wordt een IBS aangevraagd, en verkregen. De rechtbank spreekt zich uit over een verzoek tot machtiging tot voortzetting van de IBS. De rechtbank oordeelt 'dat betrokkene, gelet op het bovenstaande, zich verzet heeft tegen de opdracht tot zijn plaatsing in het separeerverblijf en dat betrokkene vanwege zijn vrijwillig verblijf in het ziekenhuis die opdracht ook niet behoefde uit te voeren.' De rechtbank concludeert dat er voldoende gronden zijn om de machtiging te verlenen. Het verzet tegen het verblijf in het separeerverblijf diende onder ze omstandigheden opgevat te worden als een ontbreken van bereidheid bij betrokkene tot verder verblijf in het psychiatrisch ziekenhuis. Ook is aan het gevaarscriterium voldaan.

In zijn noot stelt T.P. Widdershoven bij deze beschikking dat indien bezwaar wordt gemaakt tegen een noodzakelijke separatie, maar desalniettemin de wens wordt geuit het verblijf te willen voortzetten, de omzetting in een onvrijwillig verblijf als buitenproportioneel kan voorkomen. Hij stelt dat in dezen een Bopz-titel ook achterwege zou kunnen blijven, al is het niet uitgesloten dat het verblijf ook in de toekomst wel eens gepaard zal gaan met interventies die een vrijwillige voortzetting belasten.

*Hoge Raad, 6 februari 1998 (1998) beoordelmarge rechtbank bij beoordeling nodige bereidheid II: afwijzing iedere behandelinterventie terechte grond ontbreken nodige bereidheid*

Betrokkene heeft een stoornis van de geestvermogens die betrokkene gevaar doet veroorzaken. Hij verblijft vrijwillig in het psychiatrische ziekenhuis, maar weigert de noodzakelijke behandeling, te weten medicatie. Het gevaar doet zich zowel binnen, als buiten het instituut voor. Volgens de advocaat van betrokkene veroorzaakt deze geen gevaar, hooguit overlast en geeft betrokkene er bovendien geen blijk van diens verblijf binnen de instelling te willen beëindigen.

De rechtbank is er op grond van de overlegde stukken van overtuigd dat er sprake is van een stoornis van de geestvermogens die gevaar doet veroorzaken, en dat dit gevaar niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend. Daarnaast overweegt de rechtbank dat de machtiging bovendien vereist is, omdat de weigering van betrokkene van iedere noodzakelijke behandelinterventie in casu voldoende grond biedt voor het oordeel dat de nodige bereidheid ontbreekt. De rechtbank spreekt zich nadrukkelijk niet uit over de vraag of dwangbehandeling in de vorm van medicatie als basis voor de verlening van een voorlopige machtiging kan dienen. Omdat de machtiging reeds wordt

verleend is het aan het psychiatrisch ziekenhuis om te beslissen of dwangmedicatie zal worden toegediend.

De Hoge Raad bevestigt in dit arrest de eerder gedane uitspraak (1995) dat de rechtbank bij het oordeel over de vraag of sprake is van de nodige bereidheid, over een beoordelingsmarge. In casu is die niet overschreden door aan de omstandigheid dat verzoeker 'iedere noodzakelijke behandelinterventie' weigert, de gevolgtrekking te verbinden dat te dezen geen sprake is van de nodige bereidheid.

A-G Hartkamp gaat in zijn oordeel over deze zaak in op de stelling van de Boer in zijn noot (1995) dat de betekenis van de daar beschreven uitspraak beperkt hoort te zijn, vanwege de inwerkingtreding van de Wgbo. Hartkamp bestrijdt deze stelling. Met Dijkers (1997a: 173-174) en Keurentjes (2003) betoogt hij dat aan het feit dat iemand voorwaarden verbindt aan diens vrijwillige opname het oordeel kunnen vestigen dat er geen sprake meer is van de nodige bereidheid. Voorts stelt hij: 'voor de reeds vrijwillig opgenomen patiënt zal mijns inziens derhalve tot dwangopneming beslist kunnen worden, niet alleen indien betrokkene uit het ziekenhuis ontslagen wenst te worden, terwijl zijn stoornis nog gevaar veroorzaakt, maar ook als betrokkene weliswaar geen vertrekvens heeft, maar (1) zich verzet tegen noodzakelijke opneming op de gesloten afdeling, welke, ware er reeds een RM enz., naar de gevaarsnorm van art. 40 lid 3 geoorloofd zou zijn, of (2) betrokkene zich verzet tegen een behandeling die – zie art. 38 lid 5 – volstrekt noodzakelijk is om ernstig gevaar af te wenden.'

Rechtbank Zutphen, 10 februari 1998 (*Ontuchtpleger uit Ochten*, 1998) *nodige bereidheid ontbreekt door voorbehouden*

Een licht verstandelijk gehandicapte uit Ochten heeft een impulscontrolestoornis, wat heeft geleid tot seksueel misbruik van kinderen. Behandeling heeft totnogtoe onvoldoende resultaat teweeggebracht. Het gevaar voor recidive is groot. Hoewel de betrokkene heeft verklaard vrijwillig te worden opgenomen, houdt de rechtbank, gelet op de voorbehouden die hij maakt, ernstig rekening de mogelijkheid dat betrokkene zich bij vrijwillige opname in een gesloten afdeling in een voor hem nieuwe inrichting, zich zal onttrekken aan de behandeling. Daarom wordt de vordering tot een voorlopige machtiging toegewezen, die echter wel wordt beperkt tot drie maanden.

Rechtbank Alkmaar, 10 februari 1998 (1998) *verzet tegen separatie rechtvaardigt geen RM*

De rechtbank wijst de vordering voor een machtiging tegen een verstandelijk gehandicapte af, omdat hij vrijwillig in de instelling verblijft. Weliswaar wordt regelmatig ter afwending van gevaar separatie toegepast, waarbij betrokkene zich soms hevig verzet, maar het verzet richt zich niet tegen voortdurend van het verblijf in de inrichting en het verzet tegen de separatie heeft geen structureel karakter, de separaties zijn van korte duur en op het moment dat betrokkene weer aanspreekbaar is, verzet hij zich niet meer tegen de separatie. Bovendien overweegt de rechter dat betrokkene ten aanzien van de separaties weliswaar een geringere rechtsbescherming heeft dan degenen die onder de Wet Bopz vallen, maar 'deze leemte kan niet worden opgevuld door de ingrijpende en veelal langdurige maatregel van de voorlopige machtiging toe te passen in bovenvermelde situaties. Het is aan de wetgever de interne rechtspositie in gevallen als het onderhavige te verbeteren. (Vgl. aanbeveling 37 van de evaluatiecommissie Wet Bopz).'

Dijkers somt in zijn noot de mogelijkheden op waaronder dwang volgens hem onder de Wgbo ('in beperkte mate') mogelijk is:

1. in een noodsituatie (466 lid 1)
2. Indien permanent of voorzienbaar met enige regelmaat sprake is van een noodzakelijke interventie. De patiënt is wilsbekwaam: dan altijd toestemming. Patiënt is wilsonbekwaam: dan altijd toestemming van vertegenwoordiger en bij verzet alleen als er sprake is van ernstig nadeel en de interventie is kennelijk nodig om dat gevaar te keren (465 lid 6)

Dijkers betoogt verder dat indien de patiënt zich niet verzet tegen het verblijf, maar wel tegen

behandeling, er dikwijls een mogelijkheid bestaat dat een machtiging wordt verleend, omdat de nodige bereidheid wordt geacht te ontbreken. Een RM biedt voor de patiënt meer waarborgen dan de regeling van de Wgbo, aan de andere kant wordt bij dwang onder de Wgbo een patiënt niet extra belast door een machtiging.

Dwang in onderhavig geval, maar ook in een beschikking, uitgesproken door de rechtbank 's Gravenhage (1995) kan dwang volgens hem niet worden gelegitimeerd met een beroep op art. 7:466. Hij stelt dat als redelijkerwijs te verwachten is dat binnen afzienbare tijd dezelfde situatie zich zal herhalen, 'culpa in causa' een beroep op noodtoestand belet. Verder constateert hij dat in geen van beide zaken blijkt van een vervangende toestand voor een vertegenwoordiger, hetgeen cruciaal is voor een legitimering door de Wgbo.

Tot slot gaat hij in op het feit dat de rechtbank Alkmaar refereert aan een aanbeveling van de evaluatiecommissie Wet Bopz om in de Wet Bopz een aparte beklaggrond voor vrijwillig opgenomen patiënten voor 'art. 41 –klachten'. (aanveling 37 Evaluatiecommissie Wet Bopz, 1996) De regering heeft dit verworpen met het argument dat er dan een legitimering van dwang en vrijheidsbeperkingen bij vrijwillig opgenomen patiënten uit zou gaan. 'Strikt genomen mogen en kunnen dergelijke maatregelen jegens patiënten die vrijwillig verblijven niet genomen worden.' Voorts wordt opgemerkt dat er andere wegen bewandeld kunnen worden om de onjuistheid van deze handelingen aan de kaak te stellen. (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1997-1998: 43). Dijkers bestrijdt de opvatting dat dwang niet mag bij vrijwillig opgenomen patiënten. Hij stelt dat uit het voorgaande blijkt dat dit op basis van de Wgbo wel degelijk kan. Dit kan inderdaad ook langs andere wegen aan de orde gesteld worden, maar alléén de Bopz geeft in art. 41 een laagdrempelige toegang tot de rechter.

Rechtbank 's-Hertogenbosch 24 juli 1998 (1998) *geen nodige bereidheid na dubbele toetsing*

De behandelaars van een voorheen vrijwillig opgenomen psychiatrische patiënt verzoeken voortzetting van de inbewaringstelling teneinde betrokkene in een separeerverblijf te kunnen plaatsen. De rechtbank is van oordeel dat daarvoor nagegaan dient te worden of betrokkene als gevolg van haar geestesstoornis tevens een ernstig gevaar oplevert voor zichzelf en/of voor anderen binnen het ziekenhuis. De feitelijke omstandigheden, agressie naar personeel, overtuigen de rechtbank ervan dat er ook binnen het ziekenhuis sprake is van ernstig gevaar voor anderen en verleent de machtiging tot voortzetting van de inbewaringstelling.

Volgens de noot van de redactie hanteert de rechtbank hier de door Widdershoven (2000) voorgestelde dubbele toetsing.

Rechtbank Haarlem, 13 oktober 1998 (1998) *geen gevaar, maar hinder*

Een psychiatrische patiënte verblijft al vijftien jaar vrijwillig in een psychiatrische ziekenhuis. Vaststaat dat zij aan haar verblijf geen einde wenst te maken. De psychiater heeft verklaard dat de reden om nu over te gaan tot het aanvragen van een voorlopige machtiging is gelegen in het feit dat betrokkene sinds twee maanden haar medicatie weigert. Als gevolg hiervan gaat zij achteruit: zij uit zich dreigend, vloekt en scheldt. Indien zij medicatie blijft weigeren zal het tot een moment komen waarop zij agressief zal worden. De rechtbank wijst de vordering af, omdat betrokkene zich niet tegen haar verblijf verzet, er is niet duidelijk sprake van gevaar – hooguit van hinder – noch dat het gevaarzettend gedrag zich gaat voordoen. Bovendien heeft betrokkene ter zitting verklaard dat zij begrijpt dat zij toch medicatie zal moeten gebruiken.

Rechtbank 's-Hertogenbosch, 6 oktober 1999 (2000) *nodige bereidheid ontbreekt door onmogelijkheid communicatie en aard voorgenomen therapie; dubbele toetsing*

Een verstandelijk gehandicapte met wie geen communicatie mogelijk is verblijft sinds 1970 vrijwillig in een inrichting. Vaststaat dat betrokkene automuteert door diens geestelijke stoornis en dat dit gevaar niet anders dan door opname in de inrichting kan worden afgewend. Teneinde dit gevaar af te wenden werd betrokkene veelvuldig zodanig vastgebonden dat hij fysiek niet in



staat was zichzelf te verwonden. Sinds juli 1999 wordt betrokkene behandeld met electro aversie therapie om te bewerkstelligen dat betrokkene zich minder vaak en minder ernstig zal verwonden. Omdat geen communicatie met betrokkene mogelijk is en vanwege de aard van de therapie wordt aangenomen dat betrokkene zich tegen de therapie verzet. Met het oog op voormelde therapie wordt de behandeling gevorderd. Onder verwijzing naar twee arresten van de Hoge Raad (1995:, 1998) gegeven de onmogelijkheid tot communicatie met betrokkene en gelet op de aard van de therapie stelt de rechtbank dat de nodige bereidheid in deze casus ontbreekt. Bovendien wordt geconstateerd dat de behandeling volstrekt noodzakelijk is om ernstig gevaar voor betrokkene af te wenden. De voorlopige machtiging om het verblijf van de betrokkene te doen voortduren wordt toegewezen.

Blankman gaat in zijn noot in op uitspraken van andere annotatoren over dit onderwerp en stelt dat de rechter pas tot dubbele toetsing over mag gaan als hij ervan overtuigd is geraakt dat toepassing van de Wgbo geen soelaas biedt. In deze casus, waar dubbele toetsing is toegepast, had dat volgens hem gekund. Hij is van mening dat dwangbehandeling onder de Wgbo mogelijk is, maar dit niet tot vrijheidsontneming mag leiden. In de casus wordt verzet tegen de behandeling verondersteld, maar van een duidelijke wilsuiking is geen sprake. Blankman stelt voor dat voor verstandelijk gehandicapten en psychogeriatrische patiënten ook gekozen kan worden om de inspectie de noodzaak van dwangbehandeling via art. 42 Bopz te laten voorleggen aan de rechter. Het voordeel daarvan zou zijn dat de geoorloofdheid van dwangbehandeling direct als centrale vraag aan de rechter wordt voorgelegd. Wel moet de verstandelijk gehandicapte dan Bopz-geïndiceerd zijn.

Rechtbank Roermond, 24 november 1999 (2001) *nodige bereidheid ontbreekt door voorbehouden II*;

Een psychiatrische patiënt verblijft reeds geruime tijd in een psychiatrisch ziekenhuis, veelal zonder RM. Hij heeft geen vertrekwen en is bereid het verblijf vrijwillig te doen voortduren. Hij is het echter niet eens met zijn bejegening, met name de nachtelijke insluiting in het separeer-verblijf die hij als vernederend ervaart. Volgens de behandelend psychiater is betrokkene weliswaar niet voornemens te vertrekken, maar wenst hij zich niet te onderwerpen aan de noodzakelijke behandelinterventies. Dwang is noodzakelijk vanwege de ernstige gevaarssituaties die betrokkene veroorzaakt op de afdeling. Verzocht wordt om een machtiging tot voortzetting van de inbewaringstelling. De rechtbank overweegt dat voldaan is van het gevaarscriterium, en verder dat betrokkene weliswaar aangegeven heeft vrijwillig in het ziekenhuis te verblijven, maar beperkingen stelt aan zijn bereidheid. De beperkingen, die bestaan uit verzet tegen de bejegening die past binnen de normen van art. 38, 39 en 40 Bopz, zijn zodanig dat gezegd moet worden dat de nodige bereidheid ontbreekt. Verder constateert de rechtbank dat een RM op zichzelf de toepassing van dwangmaatregelen niet rechtvaardigt. Bij het oordeel omtrent de noodzaak van een RM is echter alleen de externe rechtspositie van betrokkene aan de orde. Daartoe is de procedure van art. 41 Bopz bedoeld. De vordering wordt toegewezen.

Van Ginneken gaat in zijn noot in op het feit dat bij dit soort zaken een tweedeling is in de rechtspraak. Bij de ene helft wordt een dergelijke vordering wel toegewezen (reden: door het afwijzen van de noodzakelijk geachte behandeling is toch geen sprake van de nodige bereidheid), bij de ander niet (reden: door vrijwilligheid is aan één van de vereisten voor een RM niet voldaan). Daarbij geeft hij een aantal, elders in dit overzicht genoemde voorbeelden. Daarnaast geeft hij een aantal voorbeelden van lagere rechters die een vordering voor een RM vanwege de noodzaak om dwangbehandeling toe te passen, hebben toegewezen. Hij noemt twee uitspraken van de rechtbank Amsterdam (1995:, 1996) en drie van de rechtbank Haarlem (1996), alsmede twee uitspraken van de Hoge Raad, waarbij eveneens wordt geconstateerd dat de nodige bereidheid ontbreekt. (1995:, 1998) Van Ginneken acht het afgeven van een RM voor een patiënt die vrijwillig in een ziekenhuis verblijft en verklaart daar te willen blijven in strijd met één van de grondslagen van de Wet Bopz. De wet vraagt immers de bereidheid tot opnem

en verblijf de toetsen en niet de bereidheid tot behandeling. Blijkens de parlementaire geschiedenis is bewust voor een ontkoppeling voor dwangopneming en dwangbehandeling gekozen. Hij concludeert dat het adjectief 'nodige' die een beoordelingsmarge geeft, niet zo ruim mag worden geïnterpreteerd dat men bereidheid tot verblijf mag lezen als bereidheid tot behandeling.

Rechtbank Zwolle, 25 januari 2000 (2001) door *weigering medische behandeling is gevaar aanwezig*

Een psychiatrisch patiënt verblijft vrijwillig in een woonunit behorende tot een psychiatrisch ziekenhuis. Hij lijdt aan diabetes en weigert noodzakelijk geachte medische behandeling aan open wonden aan zijn benen. Hoewel betrokkene te kennen geeft het vrijwillige verblijf te willen voortzetten, wordt een voorlopige machtiging aangevraagd teneinde betrokkene op te kunnen nemen laten verblijven in het psychiatrische ziekenhuis. De rechtbank overweegt: de weigering om zich te laten behandelen levert gevaar op voor hemzelf en anderen. Zijn medebewoners hebben de woonunit verlaten, vanwege de ondraaglijke stank die de wonden veroorzaken. 'Het gevaar voor betrokkene zelf bestaat met name hierin, dat hij zich door zijn weigering ernstig zal verwaarlozen of ernstig lichamelijk letsel zal toebrengen. Het is een feit van algemene bekendheid dat een slechte verzorging van wonden bij een suikerpatiënt uiteindelijk tot amputatie kan leiden. De raadsman van betrokkene betwist het causaal verband tussen de geestelijke stoornis en weigering zich te laten behandelen. Uit het verhoor blijkt dat betrokkene het idee heeft dat de wond is veroorzaakt door de hand van God en de genezing moet daar ook door tot stand komen, maar zijn moeder wil dat nog niet. In het licht van die verklaring concludeert de rechtbank dat het causaal verband wel degelijk bestaat en concludeert dat nu het gevaar voldoende naar voren is gekomen, de vordering kan worden toegewezen.

De Roode vestigt in haar noot aandacht op het feit dat in de beschikking weinig aandacht wordt besteed aan het feit dat betrokkene te kennen had gegeven vrijwillig in het ziekenhuis te willen blijven. Voorts vraagt zij zich af of de Wet Bopz hier niet oneigenlijk gebruikt wordt, nu het gaat om dwang met betrekking tot behandeling van wonden. De Wet Bopz geeft hier geen ruimte voor, omdat dwang volgens haar is beperkt tot de toepassing van middelen die aangrijpen op de stoornis. Vervolgens werpt zij de vraag op of niet gehandeld zou kunnen worden op grond van de dwangbehandelingsregeling van de Wgbo. Het belangrijkste struikelblok acht de Roode het feit dat de Wgbo niet legitimeert tot vrijheidsbeperkingen en dwangmaatregelen in de psychiatrie, maar ook in de reguliere somatische zorg, terwijl die nu eenmaal soms nodig zijn om een behandeling überhaupt onder dwang te kunnen toepassen. Zij acht de Wgbo in het licht van het EVRM met té weinig rechtswaarborgen (op het gebied van het klachtrecht en de rechterlijke toetsing) omgeven voor interventies die de facto vrijheidsberoving impliceren. Daarom vindt de Roode het niet onbegrijpelijk dat in dit geval toch voor de weg van de Wet Bopz wordt gekozen, en geeft aan dat de wetgever de Wgbo beter zou kunnen aanpassen, zodat een zuiverder juridische weg bewandeld kan worden.

Rechtbank Alkmaar, 1 februari 2000 (2000) *verzet tegen separatie rechtvaardigt geen RM II*

Een verstandelijk gehandicapte verblijft al jaren in een instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg. Regelmatig is in verband met agressief gedrag separatie noodzakelijk. Daarbij is ook geregeld sprake van verzet. Dit is een vervolg op de beschikking van de rechtbank Alkmaar van 10 februari 1998 (1998). Evenals destijds wordt de vordering afgewezen. De rechtbank overweegt "wel is er in zoverre een wijziging van omstandigheden dat de separaties een meer structureel karakter hebben gekregen, terwijl tevens de duur van de (afzonderlijke) separaties is verlengd. Dat vormt evenwel geen aanleiding tot een ander oordeel, nu ook die langduriger en meer structurele separatie met de volledige instemming van betrokkene lijkt plaats te vinden. (...) Het (tijdelijke en incidentele) verzet tegen de separaties richt zich niet tegen de voortduring van het verblijf in de instelling." Uit de beschikking blijkt dat betrokkene veelal achteraf met de

separaties instemt.

Rechtbank Zutphen, 29 februari 2000 (2000); *nodige bereidheid ontbreekt na dubbele toetsing*  
Een schizofrene patiënte is vanwege haar ziektebeeld regelmatig dermate ontremd, dat zij andere patiënten bedreigt en belaagt en is ook tot andere gevaarlijke acties overgegaan, zoals rommelen aan stopcontacten, het eten van glas en het zichzelf in brand steken. De rechtbank constateert dat er sprake is van ernstig gevaar dat betrokkene zichzelf van het leven zal beroven, of ernstig letsel toebrengen, alsmede ernstig gevaar dat ze door haar hinderlijk gedrag agressie van anderen tegen zichzelf zal oproepen. Om deze ernstige gevaren af te wenden is niet alleen voortzetting van het verblijf in het ziekenhuis noodzakelijk, maar ook behandeling in de vorm van een regelmatig depot neuroleptica. Op basis hiervan concludeert de rechtbank dat de nodige bereidheid tot verblijf ontbreekt en wijst de vordering tot voortduren van het verblijf in het psychiatrisch ziekenhuis toe. Wel merkt de rechtbank op dat deze toewijzing op zichzelf het toepassen van de dwangbehandeling nog niet legitimeert, maar dat om daar tegen te ageren voor de betrokkene de procedure van art. 41 Bopz openstaat.

Uit de beschikking blijkt niet expliciet dat betrokkene te kennen heeft gegeven het verblijf in het ziekenhuis vrijwillig te willen voortzetten. De redactie constateert in haar noot echter wel dat het erop lijkt dat de vordering tot het verlenen van de voorlopige machtiging werd ingegeven door de wens betrokkene onder het dwangbehandelingsregime van de Wet Bopz te brengen en ziet hierin een bevestiging van de door T.P. Widdershoven voorgestelde dubbele toetsing.

Rechtbank 's-Gravenhage, 15 september 2000 (2000) *nodige bereidheid aanwezig geacht na dubbele toetsing*

Langs de weg van art. 49 Bopz wordt aan de rechter een verzoek gericht om een voorlopige machtiging op te heffen. De raadvrouw van de betrokken psychiatrische patiënt voert aan dat de RM ten onrechte werd verleend, omdat deze uitsluitend bedoeld was om dwangbehandeling toe kunnen passen. Zij voert daarbij aan dat zowel vrijwillig als onvrijwillig opgenomen patiënten dwangbehandeling kan worden opgelegd bij een noodsituatie respectievelijk ernstig gevaar, zodat een RM uitsluitend voor het kunnen toepassen van dwangbehandeling niet gerechtvaardigd was. De arts voert aan dat het niet uitsluitend om dwangbehandeling ging, maar dat er ook sprake is van ernstig gevaar voor betrokkene zelf, omdat hij in toenemende mate psychotisch is en niet wil meewerken aan zijn behandeling. Het ernstig gevaar bestaat in zelfverwaarlozing, agressief gedrag, bedreiging en brandgevaar.

De rechtbank is weliswaar van mening dat de weigering mee te werken aan een behandeling die noodzakelijk is om ernstig gevaar af te wenden, grond kan opleveren voor het oordeel dat bij betrokkene de nodige bereidheid tot verblijf ontbreekt. In dit geval is er echter onvoldoende vast komen te staan dat weigering van de in geding zijnde medicatie voor betrokkene of zijn omgeving een ernstig gevaar oplevert, terwijl het voorts een gegeven is dat betrokkene al jaren in het ziekenhuis verblijft en te kennen heeft gegeven daar te willen blijven.

Met de uitspraak lijkt volgens de redactie te worden verwezen naar de dubbele toetsing die door Widdershoven (1998) is voorgesteld.

Rechtbank Amsterdam, 24 augustus 2000 (2001). *dwang op basis art. 60 indicatie of Wgbo minder ingrijpend dan RM*

Een psychogeriatrische patiënt verblijft vrijwillig in een verpleeghuis. Hij maakt af en toe bezwaar tegen toediening van medicatie, maar verzet zich in het geheel niet tegen zijn verblijf in het verpleegtehuis. De officier van justitie dient een verzoek in tot het verlenen van een voorlopige machtiging tot het doen voortduren van het verblijf in de verpleeginrichting. De vordering wordt afgewezen. De advocaat van betrokkene voert aan dat in dit geval ook op grond van art. 60 Bopz of de Wgbo kan worden overgegaan. Deze minder ingrijpende mogelijkheden zouden volgens haar een te prefereren alternatief bieden. De rechtbank stelt dat vooralsnog onvol-

doende duidelijk is dat ingrijpen op grond van indicatiestelling (art. 60 Bopz) is overwogen, hetgeen door de psychiater die de geneeskundige verklaring heeft opgesteld wordt bevestigd. Bovendien deelt zij de rechtbank nog mede dat naar haar oordeel ook nog mogelijkheden zijn tot dwangmedicatie op grond van de Wgbo, nu betrokkene veelal wel medicatie toestaat en wellicht ook wil instemmen met toepassing van dwangmedicatie. De rechtbank komt tot het oordeel dat voortsnog onvoldoende aannemelijk is dat dwangmedicatie op grond van art. 60 Bopz of de Wgbo niet mogelijk is. 'Nu de rechtbank met de raadvrouw van oordeel is dat dit in beginsel minder ingrijpende voorzieningen zijn dan een rechterlijke machtiging wordt de vordering afgewezen.'

Rechtbank Amsterdam, 10 oktober 2000 (2001) *Verzet tegen verblijf, vanwege verzet tegen medicatie en maatregelen en wens overplaatsing naar andere instelling*

Een verstandelijk gehandicapte verblijft in een instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg. Hij veroorzaakt door een stoornis van de geestvermogens gevaar, welk gevaar er vooral in bestaat dat betrokkene een ander ernstig letsel zal toebrengen. Dit gevaar kan niet worden afgewend door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis. Volgens de raadvrouw is haar gebleken dat betrokkene tevreden is met zijn verblijf in de instelling en dat er derhalve geen sprake is van verzet van betrokkene tegen dat verblijf. De behandelend arts heeft aangegeven dat de vordering niet zozeer is ingediend vanwege verzet van betrokkene tegen het verblijf als zodanig, maar vanwege diens verzet tegen de toepassing van de noodzakelijk geachte medicatie en maatregelen. De rechtbank is van oordeel dat nu betrokkene aan de rechtbank heeft verklaard dat hij in een andere instelling wil worden geplaatst, alsmede het feit dat hij zich regelmatig verzet tegen de medicatie en maatregelen, betrokkene blijk heeft gegeven van verzet tegen zijn verblijf, zoals bedoeld in art. 3 van de Wet Bopz.

De rechtbank acht de omstandigheid dat ten aanzien van de toediening van medicatie en andere behandelmethoden op de voet van art. 7:465 BW mogelijk vervangende toestemming kan worden verkregen, geen grond om de vordering af te wijzen. Allereerst staat thans niet vast dat dit artikel kan worden toegepast nu de moeder van betrokkene zelf ernstige psychische problemen heeft, en de contacten met de vader moeizaam verlopen, omdat deze zich niet aangemaakte afspraken houdt, en bovendien onduidelijk is of de ouders gezamenlijk het gezag hebben of dat de moeder alleen het gezag uitoefent. De rechtsbescherming ex Bopz is aanmerkelijk groter. Geconcludeerd wordt dat ook indien in het onderhavige geval vervangende toestemming tot de mogelijkheden zou behoren, niettemin toewijzing van de vordering geboden is.

De uitspraak is geannoteerd door T.P. Widdershoven. Hij geeft een overzicht van de jurisprudentie en de reacties daarop van annotatoren tot dan toe. Het meest uitgebreid gaat hij in op de stelling van Blankman, die een uitspraak heeft gedaan voor de verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatric. Deze stelt dat dan gekozen kan worden om de inspectie de noodzaak van dwangbehandeling via art. 42 Bopz te laten voorleggen aan de rechter. Het voordeel daarvan zou zijn dat de geoorloofdheid van dwangbehandeling direct als centrale vraag aan de rechter wordt voorgelegd. Widdershoven betoogt voorts dat ook bij een indicatiestelling zoiets als een dubbele toetsing aan de orde zou behoren te zijn en zal ook in die context de beschikkende instantie zich rekenschap moeten geven van het specifieke doel dat met de verlangde titel wordt nagestreefd.

Hoge Raad, 12 januari 2001 (2001) *overweging geen nodige bereidheid vanwege onttrekking aan toezicht en niet innemen medicatie voldoende gemotiveerd*

Beoordeling in cassatie van een beschikking van de Rechtbank Roermond d.d. 6 september 2000. Op 7 juli 1999 heeft de rechtbank een vordering tot het verlenen van een machtiging tot voortgezet verblijf afgewezen omdat betrokkene, een psychiatrische patiënt blijk had gege-

ven van de nodige bereidheid tot vrijwillig verblijf. Vervolgens is hij enkele malen weggelopen en neemt de benodigde medicatie, tenminste niet nauwkeurig genoeg in. Desondanks wenst betrokkene het verblijf vrijwillig te laten voortduren en diens advocaat voert dan ook aan dat er geen grond is voor het verlenen van een machtiging tot voortgezet verblijf. De rechtbank overweegt dat gezien het feit dat betrokkene zich steeds aan het toezicht van het instituut onttrekt en zijn medicatie niet inneemt niet gesproken kan worden van de nodige bereidheid tot vrijwillig verblijf.

A-G Langemeijer constateert dat het oordeel van de rechtbank feitelijk van aard is en daarom in cassatie beperkt toetsbaar. Vervolgens behandelt hij de overwegingen en concludeert dat de beschikking voldoende gemotiveerd is. De Hoge Raad overweegt slechts dat de in het middel aangevoerde klachten niet tot cassatie kunnen leiden, en dat dit gezien art. 101a RO geen nadere motivering behoeft.

Hoge Raad, 2 februari 2001 (2001) *beoordelingsmarge rechtbank bij beoordeling nodige bereidheid III*

Een aan schizofrenie lijdende patiënte klaagt in cassatie onder meer over het feit dat de rechtbank geconcludeerd heeft dat in onderhavig geval geen sprake was van de nodige bereidheid. Deze rechtbank overweegt: 'ter terechtzitting heeft betrokkene verklaard bereid te zijn op vrijwillige basis in een psychiatrisch ziekenhuis te verblijven. De behandelend arts heeft ter zitting echter verklaard dat bij betrokkene tekenen van agitatie en onrust aanwezig zijn die mogelijk voorbode zijn van een nieuw psychotische decompensatie. Bovendien is bij betrokkene sprake van grote onvrede over haar ambulante behandelcontact met het Team Integrale Zorg. Op grond hiervan de rechtbank van oordeel dat de door betrokkene geuite bereidheid onvoldoende reden geeft om aan te nemen dat thans reeds sprake is van de nodige bereidheid tot verblijf in een psychiatrische ziekenhuis in de zin van de Wet Bopz.

Onder verwijzing naar de uitspraak van de HR d.d 7 april 1995 (1995), stelt A-G Langemeijer dat de rechter in deze over een zekere beoordelingsmarge beschikt. De A-G acht de uitspraak van de rechtbank op dit punt voldoende gemotiveerd en concludeert tot verwerping van het beroep. De Hoge Raad neemt de beslissing van de A-G onder verwijzing naar diens motivering over.

Rechtbank Amsterdam, 13 februari 2001 *geen nodige bereidheid door weigering medische behandeling*

Een schizofrene patiënt heeft een IBS gekregen, vanwege zijn aanvankelijke weigering om geopereerd te worden in verband met een onmiddellijk en levensbedreigend gevaar, veroorzaakt door een abces in de buikholte. Thans wordt voortzetting van de inbewaringstelling gevorderd, omdat volgens de betrokken arts dat gezien de ingrijpende aard van de uitgevoerde operatie, onder onmiddellijk dreigend gevaar mede moet worden verstaan het gevaar dat ontstaat zodra betrokkene zich aan de noodzakelijke en naar verwachting en intensieve nazorg onttrekt. Gelet op eerdere ervaringen met betrokkene moet daarvoor uitdrukkelijk gevreesd worden. De rechtbank verleent de machtiging, waarbij overwogen wordt dat het onmiddellijk dreigende gevaar voldoende is komen vast te staan, en dat er bovendien onvoldoende bereidheid is tot verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis, mede op grond van de miskennis van de ernst van zijn eigen situatie. Bij de uitspraak overweegt de rechtbank: 'beoordeeld moet voorts worden of het onmiddellijk dreigend gevaar niet anderszins had kunnen worden afgewend. Daarbij moet in het bijzonder worden gedacht aan een operatieve ingreep op grond van artikel 465 en 466 van de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst.'

Tot een inhoudelijke beoordeling daartoe komt de rechtbank echter niet, zo merkt Gevers op in zijn noot bij deze uitspraak. Hij beschrijft onder welke voorwaarden dwangbehandeling op grond van art. 7:465 BW kan plaatsvinden. Vervolgens werpt hij de vraag op of vrijheidsbeperkende maatregelen op grond van de Wgbo alleen wel te legitimeren zijn. Hij constateert dat de Roode

in haar noten onder uitspraken van de rechtbank Zwolle (2001) en van rechtbank 's-Hertogenbosch (2001) en concludeert dat vrijheidsbeperkende maatregelen zijn toegestaan, en vindt steun voor die gedachte in de uitspraak van rechtbank Amsterdam d.d. 10 oktober 2000 (2001). Hij gaat voorts in op een stelling van die laatste rechtbank dat de rechtsbescherming aanmerkelijk uitgebreider is dan die welke in het kader van de Wgbo wordt genoten. Gevers is van mening dat dit geen zelfstandige grond mag zijn voor toepassing van de Wet Bopz. Daarbij vindt hij dat de Wgbo 'flankerende waarborgen' biedt; hij noemt de wettelijke bepalingen inzake kwaliteit van zorg in de Wgbo, Wet BIG en Kwaliteitswet zorginstellingen, die impliceren dat eventuele toepassing van fysieke dwangmiddelen worden geregistreerd, geprotocolleerd en met interne waarborgen als toezicht en toetsing omgeven.

Gevers roert verder aan dat hij ook in het kader van de Wgbo incidentele vrijheidsbeperkingen als noodmaatregel bij wilsonbekwamen mede in verband met de eis van goed hulpverlener-schap gerechtvaardigd acht. 'Waar art. 7:465 lid 6 BW een grondslag biedt voor het kunnen behandelen ondanks verzet, omvat dat naar mijn mening ook een vrijheidsbeperking als fixatie als bijkomende maatregel voor het kunnen uitvoeren van de verrichting. Dergelijke vormen van dwangtoepassing bij wilsonbekwaamheid stellen uiteraard hoge eisen aan zorgvuldige besluit-vorming, uitvoering en toetsing, maar zij vragen niet per definitie dezelfde procedurele inbed-ding als vrijheidsontneming door detentie of machtiging.' Tot slot concludeert hij dat als de weg van art. 7:465 BW begaanbaar is, dit de voorkeur verdient boven het verlenen van de meer ingrijpende maatregel van de machtiging.

Hoge Raad, 2 maart 2001 (2001) *geen nodige bereidheid door ontbreken ziektebesef en weigering medicijnen, maar zwerven alleen onvoldoende reden voor gevaar.*

Een voormalige zwerver die lijdt aan schizofrenie, verblijft vrijwillig in een psychiatrisch zieken-huis. Met de behandelend arts rijst een verschil van mening over de dosering van de medicijn-en, waarop de arts aandringt op het vorderen van een voorlopige machtiging, omdat betrokke-ne zonder machtiging opeens kan weggaan en gaan zwerven. Dit wordt door betrokkene ontkend. Rechtbank Middelburg wijst de vordering toe, waarbij een standaardmotivering wordt gebruikt, te weten dat er onvoldoende sprake is van de nodige bereidheid tot verblijf. Ook stelt de rechtbank dat betrokkene door een stoornis van de geestvermogens gevaar veroorzaakt, dat niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend. Onder meer tegen deze twee onderdelen van de uitspraak stelt betrokkene cassatie in, met de klacht dat de beschikking onvoldoende gemotiveerd is.

Voor wat betreft het ontbreken van de nodige bereidheid stelt A-G Langemeijer: 'naar vaste rechtspraak is een dergelijke [standaard- LA]motivering toelaatbaar, mits de uit de gedingstuk-ken naar voren komende feiten voldoende sprekend zijn om te rechtvaardigen dat in de be-schikking met een summiere motivering wordt volstaan.' In dit geval zijn die feiten voldoende sprekend volgens de A-G. Uit de geneeskundige verklaring komt naar voren dat de patiënt er begeleiding onder dwang nodig is, omdat de betrokkene geen ziektebesef heeft en daardoor medicijnen weigert. Ook ter zitting verklaart betrokkene 'ik ben niet ziek en heb geen medicijnen nodig.' Ook de HR komt tot de conclusie dat de beschikking op dit onderdeel voldoende is gemotiveerd. Desondanks wordt er toch gecasseerd, omdat niet voldoende onderbouwd is, waarom de rechtbank tot het oordeel komt dat er gevaar bestaat voor maatschappelijke ten ondergang. Het enkele feit dat betrokkene weer kan gaan zwerven draagt deze conclusie onvoldoende.

De noot van de redactie benadrukt nog een keer dat als uit het dossier naar voren komende feiten onvoldoende sprekend zijn, van de rechtbank mag worden verwacht dat zij het gevaar nader preciseert.

Hoge Raad, 2 november 2001 (2002) *nodige bereidheid ontbreekt vanwege weigering iedere behandelinterventie en gebruik instelling louter als verblijfsaccommodatie*

Een patiënte lijdt aan schizofrenie van het paranoïde type. Daardoor is zij een gevaar voor zichzelf, onder meer door voedselweigering en het urenlang rondzwerven met zware tassen, zodanig dat haar handen en voeten beschadigd raken. Daarnaast veroorzaakt zij zodanig overlast naar haar medepatiënten, dat dit leidt tot bedreigende situaties. Betrokkene is hierdoor sociaal geïsoleerd. Een machtiging wordt aangevraagd teneinde dwangbehandeling toe te kunnen passen. Deze wordt verleend, omdat rechtbank Middelburg tot het oordeel komt dat de nodige bereidheid tot verder verblijf ontbreekt, omdat het verblijf van de patiënte niet gebaseerd is op enig inzicht in haar ziekte op of inzicht in de noodzaak tot behandeling. Dientengevolge weigert zij iedere vorm van behandelinterventie en gebruikt zij het ziekenhuis slechts als verblijfsaccommodatie. De patiënte gaat in cassatie.

A-G Langemeijer stelt allereerst vast dat een gedwongen behandeling ten aanzien van vrijwillig opgenomen patiënten in beginsel niet mogelijk is, waarbij hij verwijst naar art. 7:450, 465 en 466 BW. Omdat art. 38 en 39 Bopz een gedwongen behandeling onder voorwaarden wel mogelijk maken, kan een meningsverschil tussen een behandelaar en een vrijwillig opgenomen patiënt over een voorgenomen behandelwijze voor het ziekenhuis en de OvJ aanleiding vormen een RM uit te lokken. Vervolgens stelt hij dat voldaan moet zijn aan onder meer de voorwaarden van art. 2 lid 2 wil de machtiging verleend kunnen worden. Formeel staat het verlenen van een machtiging los van de vraag hoe de machtiging ten uitvoer wordt gelegd, dus of tijdens de duur van de machtiging dwangbehandeling zal worden toegepast, maar de rechter ontkomt er in een geval waarbij voortzetting van het vrijwillig verblijf afhankelijk wordt gesteld of een bepaalde behandelwijze wel of niet zal worden toegepast, niet aan impliciet een oordeel te geven over de voorgenomen behandelwijze. In dit geval kon echter volstaan worden met het feit dat betrokkene iedere behandelinterventie weigerde en het ziekenhuis slechts als verblijfsaccommodatie gebruikte. Voorts gaat de A-G in op de tweede klacht, te weten dat 'gevaar' onvoldoende gemotiveerd was, en concludeert dat de rechtbank dit voldoende heeft onderbouwd.

De Hoge Raad concludeert ten aanzien van het cassatiemiddel: 'het middel faalt op de gronden uiteengezet in de conclusie van de Advocaat-Generaal Langemeijer'.

De uitspraak bevat een noot van T.P. Widdershoven. Daarin betreurt hij dat de HR niet dieper op de materie ingaat, te meer omdat niet geheel duidelijk is welke standpunten van de A-G door de HR gedeeld worden. De beschouwing over de machtiging ten behoeve van dwangbehandeling betreft immers geen dragende overweging om tot verwerping van het beroep te concluderen. Widdershoven gaat vooral in op het standpunt van de A-G dat lijkt te impliceren dat wanneer betrokkene niet langer blijf geeft van een volwaardige positieve wilsuiting ten aanzien van het verblijf in het ziekenhuis steeds een Bopz-titel dient te worden verkregen, om voortzetting van het verblijf te legitimeren. Er zal dan beduidend vaker een machtiging noodzakelijk zijn. Voorts ageert hij tegen de uitspraak van de A-G dat dwangopneming nodig is wanneer men een gedwongen behandeling mogelijk wil maken. Onder verwijzing naar diverse annotaties stelt hij dat dit niet juist is. Ten derde constateert hij dat bij machtigingen ten behoeve van dwangbehandeling de lat steeds lager wordt gelegd. 'Eerst vervalt de verwijzing naar ernstig gevaar, vervolgens verdwijnt de eis van noodzakelijkheid, en inmiddels zou dus ook nog zijn gaan gelden, dat bij het ontbreken van actuele bereidheid per definitie een machtiging aan de orde is. Genoeg om onrustig van te worden'.

*Rechtbank Arnhem, 6 november 2001 (2002) door verzet tegen separatie ontbreekt nodige bereidheid. Wgbo geen alternatief voor dwangbehandeling*

De rechtbank wijst een vordering tot voortgezet verblijf toe. Betrokkene verbleef sinds 1991 in het ziekenhuis. Op 19 maart 2001 is echter na een ernstig incident een voorlopige machtiging verleend. Namens betrokkene is aangevoerd dat thans de nodige bereidheid tot voortzetting van het verblijf bestaat en dat de Wgbo, met name de artikelen 7:465 lid 6 en 7:466 lid 1 BW, voldoende mogelijkheden biedt om in geval van nood en ernstig nadeel voor betrokkene dwang toe te passen tegen zijn zin en die van zijn curator in. Naar het oordeel van de rechtbank vloeit

uit de strekking van de Wet Bopz en de Wgbo echter voort dat in gevallen als de onderhavige dwangbehandeling in beginsel slechts kan worden toegepast als sprake is van een opname krachtens een RM of een IBS. De Wet Bopz bevat immers, in tegenstelling tot de Wgbo, een op die situatie toegesneden rechtsbescherming. Het zou in strijd met de bedoeling van de wetgever zijn om vrijwillig opgenomen patiënten minder rechtsbescherming te bieden dan de Bopz-patiënten. De genoemde artikelen zien daarom niet op dit soort dwangbehandelingen. Gezien het bij verschillende gelegenheden gebleken verzet van betrokkene tegen separatie moet de nodige bereidheid tot voortzetting van het verblijf in het kader van de Wet Bopz afwezig worden geacht. De redactie verwijst naar noten onder HR, 22 juni 2000, BJ 2001/7 en BJ 2001/39

Rechtbank Arnhem, 21 november 2001 (2002). *Ook na dubbele toetsing sprake van nodige bereidheid*

Een voorlopige machtiging is aangevraagd voor een vrijwillig opgenomen psychiatrische patiënte teneinde dwangbehandeling mogelijk te maken. De dwangbehandeling is nodig, omdat zij medicatie, vocht en voeding weigert en niet tot nauwelijks meer communiceert, waardoor het gevaar bestaat van zeer ernstige zelfverwaarlozing (uitdroging). Op het moment van de vordering is die weigering echter niet meer consequent volgehouden, bovendien communiceert patiënte sindsdien weer, omdat zij nieuwe medicatie heeft gekregen, hoewel zij ook weer een terugslag heeft gehad. De patiënte geeft er blijk van dat zij bereid is om vrijwillig in het ziekenhuis te verblijven. De rechtbank overweegt: 'onder deze omstandigheden doet zich naar het oordeel van de rechtbank niet het geval voor dat bij betrokkene de nodige bereidheid tot voortzetting van het verblijf ontbreekt. Niet is immers gebleken, - indien al uitgegaan zou moeten worden van een "dubbele toetsing", dat wil zeggen dat niet alleen wordt nagegaan of aan de eisen voor een rechterlijke machtiging is voldaan, maar ook of aan de eisen voor de beoogde dwangbehandeling is voldaan, - dat de handelwijze van betrokkene een gedwongen behandeling als bedoeld in art. 38 lid 5 dan wel toepassing van een middel of maatregel als bedoeld in art. 39 Bopz rechtvaardigt. Ook in het verleden is dit niet noodzakelijk gebleken.' De vordering wordt afgewezen.

Rechtbank Amsterdam, 22 juli 2002 (2003) *rechterlijke machtiging vanwege bezwaar vrijheidsbeperkende maatregelen*

Een psychiatrische patiënt die vrijwillig verblijft in een psychiatrisch ziekenhuis, heeft geen bezwaar tegen de medicatie die hem wordt voorgeschreven, maar wel dat de kliniek hem vanaf het moment dat sprake was van een vrijwillig opname heeft behandeld als ware hij verplicht opgenomen. Hij heeft met name weerstand tegen de uitgevaardigde vrijheidsbeperkende maatregelen en hij voelt zich gefrustreerd dat hij niet even naar buiten kan. Betrokkene is zonder toestemming van de kliniek een nacht weggebleven, daarna vrijwillig teruggekeerd, waarna de behandelend psychiater besloten heeft de opgebouwde vrijheden in te trekken. Betrokkene heeft naast de medicatie een sterk gestructureerd behandelingsprogramma nodig volgens de arts. De rechtbank is van oordeel dat de stoornis gevaar veroorzaakt, bestaande uit verbale agressie naar derden en daardoor gevaar voor zichzelf, hetgeen niet kan worden afgewend door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis. 'De rechtbank twijfelt niet aan de goede bedoelingen van betrokkene om vrijwillig een behandeling te ondergaan maar twijfelt of betrokkene zijn woord gestand zal kunnen houden temeer daar betrokkene zijn eigen wensen ten aanzien van de behandeling heeft. Bij betrokkene is dan ook onvoldoende sprake van een consistente en onvoorwaardelijke bereidheid tot verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis.' De voorlopige machtiging wordt toegewezen.

Rechtbank Amsterdam, 12 augustus 2002 (2003) *geen machtiging t.b.v. separatie*

In dit geval is de rechtbank van oordeel dat een voorlopige machtiging ten behoeve van een al jaren vrijwillig opgenomen patiënte niet verleend moet worden. De patiënte moest een keer



gesepareerd worden, omdat zij de orde op de afdeling waar zij verblijft had verstoord door ontremd gedrag en fysieke en verbale agressie jegens de verpleging en medepatiënten. Er moest daarbij zonder de instemming van betrokkene worden ingegrepen. In de overweging betreft de rechtbank het feit dat betrokkene ter zitting heeft medegedeeld geen bezwaar te hebben tegen separatie in het geval haar behandelaars dat noodzakelijk achten. Opvallend is overigens dat de behandelend psychiater de machtiging aanvraagt 'om in voorkomende gevallen in te kunnen grijpen zonder dat daarvan achteraf melding dient te worden gemaakt bij de inspecteur van de Volksgezondheid'.

*Hoge Raad, 6 december 2002 (2003) door voorwaarden te stellen aan bereidverklaring wordt gevaar niet weggenomen*

Een man zonder vaste woon- of verblijfplaats, veroorzaakt allerlei gevaarlijk, onaangepast en irritant gedrag. De oorzaak wordt gevormd door afwijkingen in het frontale gebied van de hersenen met een onbekende oorzaak tot stoornissen in de impulscontrole, oordeels- en kritiekstoornissen en gebrekkige gewetensfuncties. Hij verblijft in een psychiatrisch ziekenhuis. Verzocht wordt om een machtiging tot voortgezet verblijf. Uit de stukken blijkt dat zich onlangs een aantal incidenten heeft voorgedaan, waaronder het veelvuldig telefonisch lastigvallen van een derde, ondanks een voor betrokkene geldend telefoonverbod, en impulsieve vernielingen. Naar het oordeel van rechtbank Almelo, moet gelet op de informatie van de arts-assistent er ernstig rekening mee worden gehouden dat de aard en het aantal van de incidenten zullen toenemen, indien betrokkene de instelling verlaat, omdat controle en begrenzing dan ontbreken. Ondanks het feit dat betrokkene heeft aangegeven dat hij voorlopig in de instelling wenst te verblijven, indien hij dan echter wel onder een ander regime komt te vallen, met meer vrijheden, wijst de rechtbank de vordering toe. Overwogen wordt: 'onder die omstandigheden kan niet worden gezegd dat betrokkene bereid is tot een vrijwillig verblijf, aangezien aannemelijk is dat men het niet eens kan worden over het toe te passen regime en betrokkene daaruit zijn conclusies zal trekken door de instelling te verlaten'. Betrokkene gaat tegen deze uitspraak in cassatie. Gesteld wordt onder meer dat wel degelijk sprake is van de nodige bereidheid tot verblijf in het ziekenhuis.

Het arrest bevat een uitgebreide conclusie van A-G Langemeijer, waarin hij betoogt dat art. 2 Bopz niet zodanig moet worden gelezen dat het ontbreken van de nodige bereidheid tot opname en/of verblijf als zodanig een wettelijk vereiste is. Hij stelt: 'de Wet Bopz beoogt te voorkomen dat personen die niet hebben blij gegeven van de nodige bereidheid tot opname en verblijf zonder een rechterlijke machtiging in een psychiatrisch ziekenhuis wordt opgenomen'. In zijn onderbouwing verwijst hij naar een rapport van het Trimbos-instituut (Ginneken, 1999: 42-43), waarin de gbgg-groep nader wordt onderzocht. Deze categorie kan worden onderverdeeld in patiënten die zich niet kunnen uitspreken over hun bereidheid tot opname (wilsonbekwamen, patiënten die zich niet willen uitspreken over hun bereidheid tot opname (de zwijgers of indifferenten) en de ambivalente patiënten. Volgens de A-G leveren de wilsonbekwamen en indifferenten in de rechtspraak betrekkelijk weinig problemen op en zijn het vooral de ambivalenten die het de rechter moeilijk maken. Voorts stelt hij dat in art. 2 met bereidheid een informed consent wordt bedoeld: de instemming van een wilsbekwame patiënt, nadat deze naar behoren is geïnformeerd. Met het adjectief 'nodige', heeft de wetgever een marge willen geven aan degene die de bereidheid moet beoordelen. Ook het stellen van voorwaarden aan een vrijwillige opname kan tornen aan die nodige bereidheid. In hoofdstuk twee wordt volgens de A-G uitsluitend de opname in een psychiatrisch ziekenhuis geregeld, niet de bejegening en de behandeling. Wat er na opname in het ziekenhuis gebeurt, valt dan volgens hem ook buiten het oordeel van de rechter die over de opname of het voortgezet verblijf moet oordelen. Voor het overige is de klachtenprocedure van art. 41 bedoeld.

Bij een vrijwillig opgenomen patiënt wordt een verblijfsstatus ingevolge de Wet Bopz opdoen als de patiënt ervan blij geeft het vrijwillig verblijf in het ziekenhuis te willen beëindigen, of in

een zodanige toestand geraakt dat hij niet langer in staat kan worden geacht zijn wil met betrekking tot het verblijf te bepalen.

De A-G verwijst naar twee uitspraken van de HR, waarbij aan de rechtbank de beoordelingsruimte wordt gelaten dat een weigering een behandeling te ondergaan een indicatie kan zijn dat de nodige bereidheid ontbreekt. (1995:, 1998) Hij gaat in op de discussie die naar aanleiding van deze rechtspraak is ontstaan. Van Ginneken (1999: 34 en 51) is van mening dat de criteria voor opneming en verblijf gescheiden behoren te blijven. Een andere mening is Widdershoven toegedaan die een dubbele toetsing voorstelt voor gevallen waarin een rechterlijke machtiging uitsluitend wordt verzocht teneinde via art. 38 lid 5 Bopz een gedwongen behandeling te maken. Naar aanleiding van deze discussie signaleert de A-G dat rechtbanken verdeeld reageren. Een aantal wijst de gevraagde machtiging steeds af (2002:, 1998:, 2000), een aantal verleent de machtiging (2002:, 1999:, 2001:, 2001) en een aantal erkent de dubbele toestemming (2000). Het vraagstuk van de dubbele toetsing is tot dusver niet aan de Hoge Raad voorgelegd. Volgens de A-G is echter de grondslag om dit te doen goeddeels weggefallen, nu een wetsvoorstel is aanvaard waarin het woord 'ernstig' is geschrapt.

Het kader dat A-G Langemeijer voorstelt is dat wanneer een patiënt stelt dat hij vrijwillig wil worden opgenomen, door de rechter onderzocht moet worden of het gevreesde gevaar door de vrijwillige opneming kan worden weggenomen.

Tot slot stelt de A-G: 'In het geval, berecht in HR 7 april 1995, NJ 1995, 616 was m.i. beslissend dat het gevaar niet kon worden weggenomen anders dan door verlening van de rechterlijke machtiging. In het kader van het gevaarscriterium kan de rechter mede rekening houden met de mogelijkheden die de artikelen 7:450-465 BW bieden. Hierover geeft hij eerder in zijn betoog nog aan: 'Wanneer een patiënt zich vrijwillig laat opnemen in een psychiatrisch ziekenhuis (art. 7:446 BW) is voor verrichtingen ter uitvoering van een behandelingsovereenkomst de toestemming van de patiënt vereist. (art. 7:450 lid 1 BW). Ook hier is een 'informed consent' bedoeld (vgl. art. 7:448 BW). Kan de patiënt niet in staat worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake, dan gelden de regels van art. 7:450 derde lid (schriftelijke wilsverklaring vooraf) en art. 7:465, derde lid (gemachtigde of naaste familie), met dien verstande dat wanneer de patiënt zich verzet tegen een verrichting van ingrijpende aard waarvoor een ander toestemming heeft gegeven, de verrichting slechts kan worden uitgevoerd indien zij kennelijk nodig is teneinde ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen. (art. 7:465, zesde lid BW). Om noodsituaties d.w.z. indien de tijd voor het vragen van toestemming ontbreekt en onverwijlde uitvoering van de verrichting kennelijk nodig is teneinde ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen, kan de arts zonder toestemming tot de verrichting overgaan (7:466 eerste lid BW). Wanneer een patiënt op grond van hoofdstuk II Wet Bopz – d.w.z. met een rechterlijke machtiging – is opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis, gelden de art. 38 en 39 Wet Bopz. Het belangrijkste verschil met art. 7:465 BW is dat in art. 38 ook het gevaar voor anderen dan de patiënt zelf wordt genoemd.' Daarbij verwijst hij naar een artikel van Biesart. (1997) Met deze uiteenzettingen over dwangbehandeling distantieert de A-G zich kennelijk van zijn eerdere uitspraak in zijn conclusie bij HR, 2 november 2001, dat dwangbehandeling op basis van de Wgbo in beginsel niet mogelijk is.

In zijn bespreking van het cassatiemiddel concludeert de A-G ten slotte dat de redengeving van de rechtbank de beslissing kan dragen. De rechtbank geeft hiermee immers aan dat het gevaar niet kan worden weggenomen door de (voorwaardelijke) bereidverklaring van betrokkene om in het ziekenhuis te blijven mits aan zijn wensen met betrekking tot het regime wordt voldaan. Het inhoudelijke oordeel dat aannemelijk is dat betrokkene en de directie van het psychiatrisch ziekenhuis het niet eens zullen kunnen worden over de door betrokkene gewenste vrijheden, is feitelijk van aard en daarmee onttrokken aan een beoordeling in cassatie.

De Hoge Raad neemt deze conclusie van de A-G zonder nadere motivering over en stelt: 'de rechtbank met diens oordeel tot uitdrukking heeft gebracht dat door de voorwaardelijke bereidverklaring van de betrokkene, te weten indien aan zijn voorwaarden met betrekking tot het

regime wordt voldaan, het gevaar niet kan worden weggenomen. Aldus overwegende heeft de rechtbank niet blijk gegeven van een onjuiste rechtsopvatting. Haar oordeel, dat in overwegende mate berust op waarderingen van feitelijke aard kan voor het overige in cassatie niet op juistheid worden onderzocht. Het is, ook in het licht van de in het onderdeel weergegeven stellingen, niet onbegrijpelijk noch ontoereikend gemotiveerd'.

In zijn noot stelt Zuiderhout dat de HR hiermee de rechtbank Almelo een wezenlijk andere redenering in de mond legt. Hij is van mening dat met deze uitspraak eindelijk een einde kan komen aan de verwarring op dit gebied, waar de Hoge Raad zich nooit duidelijk over heeft uitgelaten, hoewel ook in dit geval geen sprake is van een duidelijke uitslating. Voorts gaat hij uitgebreid in op het feit dat de A-G verband probeert aan te brengen tussen de vergelijkbare regelingen in de Wet Bopz en de Wgbo, hetgeen hij prijst. Hij betoogt dat het feit dat Langemeijer het belangrijkste verschil tussen de regelingen van de dwangbehandeling in de Wet Bopz en de Wgbo dat in art. 38 Bopz ook gevaar voor anderen dan de patiënt zelf wordt genoemd, bij velen verbazing op zal wekken. Daarbij wijst hij op het standpunt van de inspectie. Dit luidt: 'dwangbehandeling is in het kader van de Wgbo is in de GGZ, de GZ en de PG alléén mogelijk als het gaat om een somatische behandeling van ingrijpende aard.' (2002) Verder gaat hij in op het feit dat wilsonbekwaamheid vereist is in de Wgbo bij elk betekenisvol ingrijpen zonder informed consent van de patiënt, hetgeen niet met zoveel woorden als vereiste in de Wet Bopz staat. Ook verbaast Zuiderhout zich over het feit dat de A-G de begrippen ernstig gevaar en ernstig nadeel als identiek lijkt te zien. Tot slot vraagt hij zich af of de A-G door te wijzen op de mogelijkheden van art. 7:450-465 BW, waarbij hij stelt dat het niet aannemelijk is dat de A-G met deze verwijzing uitsluitend dwangbehandeling voor somatische aandoeningen op het oog heeft, hierbij de weg opent voor dwangbehandeling onder de vigore van de Wgbo bij vrijwillig opgenomen patiënten. Ook constateert hij dat de A-G daarmee sterkt afwijkt van de opvattingen van de Inspectie.

#### **3.4.1.2 Jurisprudentie Europees Hof voor de Rechten van de Mens m.b.t. vrijheidsbeperkingen**

EHRM, 24 oktober 1979 (*Winterwerp versus the Netherlands*, 1980)

In mei 1968 wordt Winterwerp overeenkomstig de bepalingen in de Krankzinnigenwet na een spoedprocedure, op last van de burgemeester van Amersfoort, voor drie weken in een psychiatrische inrichting geplaatst. De termijn voor deze plaatsing wordt door de OvJ verlengd. Vervolgens verzoekt zijn echtgenote een voorlopige machtiging aan de Kantonrechter die deze verleent voor opsluiting in de inrichting gedurende zes maanden. Op verder verzoek van de echtgenote en vervolgens op requisitoir van de OvJ wordt zijn detentie jaarlijks door de rechtbank verlengd. Voordat de diverse machtigingen werden verleend, was Winterwerp er niet van op de hoogte gesteld dat een procedure daarvoor gaande was. Evenmin had hij de gelegenheid, persoonlijk of door middel van een vertegenwoordiger, zijn zaak voor de rechtbank te bepleiten of de medische attesten, waarop de rechters hun beslissingen baseerden aan te vechten. Winterwerp verzoekt vier keer vergeefs om ontslag uit de inrichting. Bij de eerste keer wordt hij gehoord door de rechtbank, maar bij de drie overige keren wijst de OvJ het verzoek af, als zijnde zonder kans van slagen, zonder het ter beslissing naar de rechtbank te verwijzen.

Bij het EHRM klaagt Winterwerp onder meer over het feit dat zijn detentie onwettig was.

Het Hof overweegt dat niemand van zijn vrijheid mag worden beroofd 'unless he has been reliably shown to be of "unsound mind".' Teneinde dit vast te stellen is nodig een objectief medisch oordeel. Verder moet worden nagegaan of de geestelijke stoornis moet zodanig is, dat een gedwongen opsluiting gerechtvaardigd is. De rechtvaardiging van een voortgezette opsluiting hangt ten derde af van het voortbestaan van de stoornis. In par. 40 overweegt het Hof dat nationale autoriteiten bij het vaststellen van een geestelijke stoornis enige discretionaire bevoegdheid hebben om de hun voorgelegde feiten te beoordelen. In dit licht heeft het Hof ook geen reden om aan te nemen dat het de medische bewijsvoering niet goed gewogen was.

Het derde punt dat in het arrest wordt gemaakt is dat in casu de detentie niet 'in accordance with a procedure prescribed by law' is. Daartoe is vereist: 'one of fair and proper procedure, namely that any measure depriving a person of his liberty should issue from and be executed by an appropriate authority and should not be arbitrary'. Het Hof is van oordeel dat de Nederlandse Krankzinnigenwet aan die eis voldoet. Voorts onderzoekt het Hof of in dit geval ook aan de voorgeschreven procedure is voldaan. Ook hier wordt geen schending van het EVRM gevonden.

Winterwerp stelt voorts dat art. 5 lid 1 onder e EVRM een recht op een adequate behandeling impliceert om te verzekeren dat hij niet langer gedetineerd wordt dan strikt noodzakelijk. Met betrekking tot zijn eigen situatie klaagt hij dat de ontmoetingen met zijn psychiater te kort en te onregelmatig waren en dat de toegepaste medicatie niet naar behoren was en uitsluitend bestond uit kalmerende medicijnen. Het Hof stelt hierover dat: 'mental patient's right to treatment appropriate to his condition cannot as such be derived from Article 5 par. 1 (e). Furthermore, the evidence contains no suggestion, as regards treatment, of a breach of any other provision in the Convention'.

Tot slot gaat het Hof na of art. 5 lid 4 EVRM is geschonden. Aan de inhoud van deze bepaling is is alleen voldaan indien:

'The procedure followed has a judicial character and gives to the individual concerned guarantees appropriate to the kind of deprivation of liberty in question, in order to determine whether a proceeding provides adequate guarantees, regard must be had to the particular nature of the circumstances in which such proceeding takes place.' Art. 5 lid 4 brengt met zich mee dat het essentieel is dat betrokkene toegang tot de rechter heeft en de gelegenheid om persoonlijk gehoord te worden, of, waar noodzakelijk, door een vertegenwoordiger. Als het gaat om geestelijk gestoorden mogen hier beperkingen in worden aangebracht, maar het mag niet aantasten 'the very exercise of the right.' In dit geval is de betrokkene nooit gehoord en evenmin een vertegenwoordiger. Winterwerp heeft derhalve onvoldoende de gelegenheid gehad zijn zaak te bepleiten bij een rechter.

In de noot onder dit arrest wijst Alkema erop dat de Krankzinnigenwet zelf door dit arrest buiten schot wordt gelaten. De gebreken dat de rechterlijke colleges hebben nagelaten de klager in verband met zijn verzoek tot ontslag in persoon te horen en dat verdere verzoeken om ontslag door het OM niet aan de rechter zijn voorgelegd, zijn geen gebreken die dwingend uit de wet volgen. De wettelijke bevoegdheden zijn zo ruim dat zij ook in overeenstemming met het verdrag hadden kunnen worden uitgeoefend. Alkema betreurt dat de uitspraak niet dwingt om de Krankzinnigenwet aan te pakken, omdat de Krankzinnigenwet dringend aan vervanging toe is.

EHRM, 28 mei 1985 (*Ashingdane versus United Kingdom*, 1991)

Ashingdane is op 13 nov. 1970 door een Engelse rechtbank veroordeeld wegens verboden vuurwapenbezit en gevaarlijk rijden. Op grond van een bij hem aangetoonde geestesziekte beval de rechtbank tot opnemning in een psychiatrisch ziekenhuis (art. 60 Mental Health Act 1959). Bij wijze van aanvullende maatregel bepaalde de rechter voorts dat het bevel tot opnemning in een restrictief regime ten uitvoer diende te worden gelegd (een zgn. "restriction order"). Zodanige beperkende maatregel kan volgens art. 65 lid 1 van de genoemde wet alleen worden opgelegd indien de rechter deze nodig oordeelt ter bescherming van de samenleving, gelet op de aard van het delict, het eerdere gedrag van de delinquent en het risico dat hij verdere strafbare feiten zal begaan. Uit het eerste ziekenhuis waar Ashingdane wordt geplaatst, weet hij twee maal te ontsnappen. Daarom wordt hij overgeplaatst naar een ziekenhuis met een zwaarder regime. In '78 is zijn toestand zodanig verbeterd dat hij weer overgeplaatst mag worden naar het eerste ziekenhuis. Hier wordt hij echter geweigerd, omdat het personeel al enige jaren het beleid heeft daar geen patiënten met een 'restriction-order' meer op te nemen, omdat de veiligheid niet gegarandeerd kan worden. Daarop blijft Ashingdane opgenomen in het zwaarder

beveiligde ziekenhuis. Ashingdane dient een klacht in bij de Europese Commissie en het Hof voor de Rechten van de Mens. Hij stelt dat zijn voortgezette verblijf in een speciaal ziekenhuis tussen oktober 1978 en oktober 1980, nadat hij geschikt was bevonden voor overplaatsing naar een gewoon ziekenhuis, een schending van art. 5 lid 1 EVRM oplevert. Verder is hij van mening dat onmogelijkheid om in rechte de rechtmatigheid van de weigering hem over te plaatsen te betwisten een schending van art. 5 lid 4 en art. 6 lid 1 EVRM betekent.

Allereerst overweegt het Hof dat art. 5 lid 1 sub e niet ziet op enkele beperkingen van de bewegingsvrijheid (daarop heeft art. 2 Vierde Protocol EVRM betrekking), maar op vrijheidsbeneming. Teneinde te kunnen bepalen of er sprake is van vrijheidsbeneming rekening gehouden worden met het volgende: 'the starting point must be the concrete situation of the individual concerned and account must be taken of a whole range of criteria such as the type, duration, effects and manner of implementation of the measure in question. The distinction between deprivation of and restriction upon liberty is merely one of degree or intensity, and not one of nature or substance.' Bij deze uitspraak wordt onder meer verwezen naar een ander arrest van het EVRM d.d 8 juni 1976 waarbij de Nederlandse wetgeving ter discussie stond. (*Engel and others versus the Netherlands*, 1978)

In het geval van Ashingdane betekende de overplaatsing van een geesteszieke van een bijzonder naar een gewoon psychiatrisch ziekenhuis een overgang van een strenger naar een meer liberaal regime. Er bleef echter sprake van detentie, ook al stond het nieuwe regime regelmatige afwezigheid uit het ziekenhuis toe.

Verder overweegt het Hof dat een detentie op grond van art. 5 lid 1 onder e in beginsel alleen "rechtmatig" is als zij in een ziekenhuis, kliniek of andere voor dat doel bestemde instelling wordt uitgevoerd. Onverlet dit uitgangspunt ziet art. 5 lid 1 sub e in principe niet op juiste behandeling en omstandigheden binnen de instelling. Ook in het gewone ziekenhuis waren de plaats en omstandigheden van klagers gevangenhouding echter niet zodanig, dat niet langer gesproken kon worden van "rechtmatige gevangenhouding van een geesteszieke".

Met betrekking tot de rechtmatigheid van de weigering overweegt het Hof dat deze vraag niet onder de reikwijdte van art. 5 lid 4 valt: 'in his domestic litigation the applicant did not challenge the legal basis for his detention as a person of unsound mind under the 1959 Act or seek his release from the reality of detention: he was claiming an entitlement to accommodation and treatment in the more "appropriate" conditions of a different category of psychiatric hospital, a matter not covered by par. 1 (e) of Art. 5.'

In de noot betreurt Alkema dat het Hof niet meer duidelijkheid geeft in wat nu vrijheidsbeneming en wat vrijheidsbeperking inhoudt. De rechtspraak heeft daaraan juist behoefte, zo stelt hij omdat de bewegingsvrijheid vele beperkingsmogelijkheden kent, terwijl die bij art. 5 ontbreken. Hij is van mening dat de uitspraak een stap terug is in vergelijking met het arrest Winterwerp, waar de uitzonderingen op de persoonlijke vrijheid van art. 5 als 'calling for a narrow interpretation' worden gekwalificeerd. Met betrekking tot het bezwaar tegen de overplaatsing van klager merkt Alkema nog op dat het Hof aanneemt dat klager zich krachtens de Mental Health Act tot de rechter kon wenden wegens een onrechtmatige daad van de autoriteiten die voor zijn plaatsing verantwoordelijk waren. Alkema stelt dat ook in het Nederlandse recht in een dergelijk geval een actie uit onrechtmatige daad mogelijk is.

EHRM, 28 november 1988 (*Nielsen versus Denmark*, 1991)

Jon Nielsen wordt in een gesloten psychiatrische afdeling van een ziekenhuis geplaatst teneinde behandeld te worden aan een neurose. Hij leidt niet aan een geestesstoornis. De ouders van Jon leven gescheiden en hebben een geschil over het ouderlijk gezag. De vader vecht de rechtmatigheid van de opname aan. Nadat de vader verschillende malen bij de nationale rechter niet-ontvankelijk is verklaard, dient hij een klacht in bij de Europese Commissie voor de Rechten van de Mens. Deze verklaart de klacht gegrond. Het EHRM wijst de klacht echter af.

Het besluit om Jon Nielsen op een gesloten afdeling te plaatsen is een beslissing die is genomen door de moeder, die op dat moment alleen het ouderlijk gezag had, en geen besluit waarbij de staat betrokken is. Daarom valt dit niet onder de reikwijdte van art. 5 lid 1 EVRM. Ook het feit dat het hoofd van de kinderafdeling, een arts, medisch advies in deze heeft gegeven doet daar niet aan af. 'In the Court's view, the decision on the question of hospitalization was in fact taken by the mother in her capacity as holder of parental rights. It is true that the Chief Physician could have refused to admit the applicant to the Child Psychiatric Ward if hospitalization was not justifiable on medical grounds. However, as the Government pointed out, this function is only the expression of the principle that public hospitals are not required to and will not admit persons who are not in need of medical assistance, though it is at the same time indirectly a safeguard against possible abuse of parental rights.'

Een tweede vraag die het Hof beantwoordt is of de vrijheidsbeperkingen die zijn toegepast ten gevolge het besluit van de moeder zodanig zijn dat deze vallen onder de reikwijdte van art. 5 lid 1 EVRM. Net als in eerdere jurisprudentie (*Ashingdane versus United Kingdom*, 1991) houdt het Hof hierbij rekening met: 'the applicant's actual situation while placed in the Ward, taking into account such factors as the type, duration, effects and manner of implementation of the measures in question.' De moeder nam haar beslissing op basis van medisch advies van de huisarts en een professor. De restricties in bewegingsvrijheid verschilden niet van andere kinderen in een regulier ziekenhuis. Weliswaar was de afdelingsdeur gesloten, maar dit was om te voorkomen dat kinderen zichzelf blootstelden aan het gevaar andere patiënten lastig te vallen. 'The applicant was allowed to leave the Ward, with permission, to go for instance to the library and he went with other children, accompanied by a member of the staff, to visit playgrounds and museums and for other recreational and educational purposes; he was also able to visit his mother and father regularly and his old school friends and, towards the end of his stay in hospital, he started going to school again; in general, conditions in the Ward were said to be "as similar as possible to a real home". The duration of the applicant's treatment was 5 1/2 months. This may appear to be a rather long time for a boy of 12 years of age, but it did not exceed the average period of therapy at the Ward and, in addition, the restrictions imposed were relaxed as treatment progressed.' Het Hof concludeert dat onder de gegeven omstandigheden geen sprake was van vrijheidsbeneming, temeer niet omdat er geen sprake was van een psychiatrische behandeling en de opgelegde beperkingen niet echt verschilden van een twaalfjarige patiënt die reguliere zorg krijgt in een ziekenhuis.

Alkema stelt in de noot dat art. 5 met deze uitspraak een zekere zwakke en indirecte horizontale werking krijgt, doordat de overheid zich niet volledig achter ouderlijk gezag kan verschuilen en heeft te waken tegen misbruik. Opmerkelijk noemt hij verder het feit dat niemand is ingegaan op de vraag of het verblijf op de afdeling kon worden gebracht onder art. 5 lid 1 sub d.

EHRM, 25 februari 2002 (*He.M. versus Switzerland*, 2002) *gedwongen opname in verpleeghuis i.c. geen vrijheidsbeneming*

Een psychogeriatrische patiënte woont samen met haar zoon (He.M). Tot maart 1996 ontving zij thuiszorg. Betrokkene en haar zoon gaven zo weinig medewerking en het huis was dermate vervuild, dat de thuiszorg gestaakt werd. Ook de huisarts bezocht betrokkene niet meer. In december 1996 wordt de vrouw op last van het plaatselijk bestuur in een verpleeghuis geplaatst. De reden daarvoor is 'ernstige verwaarlozing', die onder meer gebaseerd wordt op het ontbreken van noodzakelijke medische verzorging, en het feit dat het onzeker was of betrokkene voldoende te eten had. Zowel de vrouw als haar zoon gaan in beroep tegen dit besluit bij een beroepscommissie ('Rekurskommission'). Deze commissie bestaat uit drie deskundigen, waarvan de voorzitter een jurist en de secretaris een arts is. Uit de rapportage van de hoorzitting blijkt dat de betrokkene geen reden heeft ongelukkig te zijn met het verblijf in het verpleeghuis, omdat zij niet meer kan lopen, kan ze beter daar blijven, en zelf ziet zij ook niet hoe er nog verbetering in haar situatie kan optreden. Aan de andere kant benadrukt zij dat ze weg wil uit

het verpleeghuis. De beroepscommissie wijst het beroep af: zij concludeert dat er twee gronden zijn waarom vrijheidsbeneming 'on grounds of welfare assistance' gerechtvaardigd was. In de eerste plaats is er sprake van verwaarlozing. En bovendien is er sprake van een geestelijke beperking (seniele dementie). De conclusie wordt onderbouwd met een uitvoerige verwijzing naar de feitelijke situatie. Verder wordt nog betoogd dat de geestelijke gesteldheid van betrokkene alleen al voldoende reden was voor opneming, en dat zij nauwelijks iets merkte van een vrijheidsbeneming, omdat deze minimaal was en dat het beroep veeleer was ingesteld door haar zoon die zijn moeder niet wilde verliezen.

Vervolgens stelt de zoon van de psychogeriatrische patiënte beroep in bij het Bundesgericht tegen de uitspraak, waarbij hij stelt dat niet is onderzocht of minder ingrijpende alternatieven mogelijk waren. Dit wordt afgewezen, omdat volgens het Bundesgericht plaatsing in het verpleeghuis de enige manier was om verwaarlozing te voorkomen. Omdat verwaarlozing al vaststond, hoefde het Bundesgericht niet in te gaan op de vraag of er sprake was van een geestesstoornis. Vervolgens wordt de plaatsingsmaatregel opgeheven, omdat de patiënte heeft ingestemd om verder vrijwillig in het verpleeghuis te verblijven.

In de klacht die wordt neergelegd bij het Europees Hof stelt de zoon dat zijn moeder tegen haar wil in het verpleeghuis was geplaatst. Het is irrelevant dat zij later heeft ingestemd met het verblijf, omdat zij niet instemde met de oorspronkelijke beslissing tot opneming, die heeft geleid tot vrijheidsbeneming.

Het Hof oordeelt dat het in dit geval geen vrijheidsbeneming in de zin van art. 5 lid 1 EVRM betreft, maar een vrijheidsbeperking in de zin van art. 2 van het vierde protocol bij het EVRM. Het onderscheid heeft gevolgen voor verplichtingen die art. 5 EVRM oplegt, zoals een onverwijldde voorleiding tot een rechter, en de bevoegdheid van degene wiens vrijheid is ontnomen om bij het gerecht voorziening te vragen inzake een beslissing omtrent de rechtmatigheid van diens detentie. Het hof oordeelt net als in eerdere jurisprudentie (*Ashingdane versus United Kingdom*, 1991) dat het verschil tussen vrijheidsbeneming en vrijheidsbeperking een glijdende schaal betreft. Een uitgebreide verwijzing wordt ook gedaan naar een andere uitspraak (*Nielsen versus Denmark*, 1991), waarin een minderjarige tegen diens wil op verzoek van zijn moeder op een gesloten afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis werd geplaatst. Ook hier overwoog het EHRM dat sprake was van vrijheidsbeperking en niet van beneming: '{, 1980 #66; , 1991 #67; , 1991 #68; , 2002 #84; , 2002 #298} on the applicant's freedom of movement and contacts with the outside world were not much different from restrictions which might be imposed on a child in a ordinary hospital: it is true that the door of the Ward, like all children's wards in the hospital was locked, but this was to prevent the children exposing themselves to danger or running around and disturbing other patients; the applicant was allowed to leave the Ward, with permission, to go for instance to the library and he went with other children, accompanied by a member of the staff, to visit playgrounds and museums and for other recreational and educational purposes (...).' In de betreffende zaak wordt de periode van een aantal maanden die de opneming duurde niet abnormaal gevonden.

In *HeM vs. Switzerland* had de moeder van appellant een alternatieve vorm van zorg thuis geweigerd, en waren haar levensomstandigheden thuis verder dusdanig verslechterd dat de bevoegde autoriteiten besloten in te grijpen. Daarnaast werd de betrokkene niet geplaatst op de gesloten afdeling van het verpleeghuis en maakte zij – in tegenstelling tot haar zoon, de appellant, – weliswaar bezwaar tegen de opneming, maar eenmaal opgenomen niet meer tegen het verblijf.

Dijkers verbaast zich in de noot enigszins over de uitspraak van het EHRM dat een gedwongen opneming in een verpleeghuis onder deze omstandigheden wel als vrijheidsbeperking, maar niet als vrijheidsbeneming beschouwt. Hij gaat in op de omstandigheden op basis waarvan het Hof de glijdende schaal tussen beide uitersten beoordeelt: de aard, de duur, de effecten en de wijze van tenuitvoerlegging van de maatregel. Hij constateert in de feitelijke beoordeling door het Hof voorts een zekere terughoudendheid. Niet al te snel wordt vrijheidsbeneming aangeno-

men.

Dijkers overweegt voorts dat doorgeredeneerd niet iedere onvrijwillige opneming op basis van de Wet Bopz onder art. 5 EVRM hoeft te vallen. Slechts als de vrijheid verder beperkt is krachtens art. 40 lid 3 en betrokkene daar bezwaar tegen heeft zal hier stellig sprake van zijn, is zijn mening. Toch moet bij een onvrijwillige opneming rekening blijven gehouden met art. 5 EVRM, omdat iedere opnemingsmaatregel in potentie verdere beperkingen inhoudt en daarmee toch onder de reikwijdte van het verdrag kan vallen. Desondanks is hij, met de evaluatiecommissie van de tweede Bopz-evaluatie van mening, dat voor de categorie gbgb, een opneming via diens vertegenwoordiger mogelijk is. (Commissie Evaluatie regelgeving, 2002: 51-52)

Hetzelfde arrest is geannoteerd door van der Velde (*He.M. versus Switzerland*, 2002). Hij constateert dat de afweging of sprake is van vrijheidsbeneming of vrijheidsbeperking ondanks de criteria die zijn geformuleerd, zoals type, duur, effect en wijze van tenuitvoerlegging van de in geding zijnde maatregel, vooral feitelijk van aard is. Hij heeft kritiek op de uitkomst van deze zaak. Hij is van mening dat de uitspraak suggereert dat een aanvankelijk gedwongen opname door de autoriteiten door het Hof aanvaardbaar wordt geacht zonder dat art. 5 EVRM in het geding is, 'zo lang er blijkbaar niet duidelijk sprake is van een geestesziekte of een verslaving'. Voorts constateert hij dat de bescherming die art. 5 EVRM normaliter biedt, in het geval van 'deentieberispingen' niet is gegeven, indien de maatregel is getroffen onder het mom van verwaarlozing en een in het belang van de betrokken persoon ter beschikking stellen van de medische zorg, terwijl andere motieven op de achtergrond aanwezig kunnen zijn.

### 3.4.2 Nadere analyse

In onderstaande tabel zijn de belangrijkste uitspraken met betrekking tot aanvragen van een rechterlijke machtiging teneinde dwangbehandeling toe te passen in schema weergegeven.

**Tabel 3-1 Uitspraken over rechterlijke machtiging die werd aangevraagd (mede) om dwangbehandeling toe te passen in schema**

Uitspraak	Reden	Uitspr. Wgbo- dwang
<b>Afwijzing</b>	Het weigeren van een behandeling houdt niet in dat de nodige bereidheid ontbreekt	Rb. Arnhem 9-2-'94 ongepubliceerd (2001), Rb. Roermond, 24-2-'94 ongepubliceerd (2001)
	RM wordt niet gevraagd om de patiënt in het ziekenhuis te houden, maar om dwangbehandeling of dwangmiddelen toe te passen. Steunt niet op de wet	Rb. Den Haag, 3-4-'95 (1995) Rb. Zutphen, 19-12-'97 (1998) Rb. Zwolle, 15-6-'99 (2001)
	Verzet richt zich niet tegen verblijf, maar tegen behandeling	Rb. Alkmaar, 10-2-'98 (1998) Rb Alkmaar 1-2-'00 (2000)
	De RM die wordt aangevraagd om zonodig dwangmedicatie toe te passen, hoeft niet te worden toegewezen, omdat het gevaar voldoende wordt afgewend door het verblijf in het ziekenhuis	Rb. Haarlem, 6-10-'97 (1998)



	verblijf in het ziekenhuis		Rb. Haarlem, 13-10-'98 (1998)
	RM wordt afgewezen, want geen ernstig gevaar (dubbele toetsing)		Rb. Den Haag, 15-9-'00 (2000)
			Rb. Arnhem, 21-11-'01 (2002)
	RM afgewezen, want alternatieven dwang o.g.v. Wgbo of v. art. 60 Bopz niet overwogen	Ja	Rb. Amsterdam, 24-8-'00 (2001)
	RM afgewezen, door verklaring geen bezwaar tegen door behandelaars noodzakelijk geachte separeringen, is huidige situatie, voldoende alternatief	Ja	Rb. Amsterdam, 12-8-'02 (2003)
Uitspraak	Reden	Uitspr. Wgbo-dwang	
Toewijzing	Nodige bereidheid ontbreekt o.m. vanwege onttrekking aan/onvrede over behandeling		HR, 12-1-'01 (2001)
			HR, 2-2-'01 (2001)
	Nodige bereidheid ontbreekt, vanwege voorbehouden o.m. behandeling/bejegening		Rb. Zutphen 10-2-'98 (Ontuchtpleger uit Ochten, 1998)
	Verzet opnemingsaanwezig, vanwege verzet behandeling en andere omstandigheden		HR, 18-11-'94 (1995)
			HR, 2-3-'01 (2001)
		A-G: mag niet	HR, 2-11-'01 (2002)
	Nodige bereidheid ontbreekt vanwege verzet tegen behandeling		Rb. Den Bosch, 13-1-'98 (1998)
	Nodige bereidheid ontbreekt vanwege verzet tegen behandeling, maar uitspraak over geoorloofde dwangbehandeling geen oordeel rechter		HR, 6-2-'98 (1998)
	Nodige bereidheid ontbreekt, vanwege verzet tegen behandeling. Dwangbehandeling ex Wgbo is uitgesloten	Mag niet	Rb. Arnhem, 6-11-'01 (2002)
	Verzet aanwezig, o.m. vanwege verzet behandeling. Art. 7:465 BW vanwege feitelijke omstandigheden geen alternatief	Ja	Rb. Amsterdam 10-10-'00 (2001)
	Nodige bereidheid ontbreekt door verzet tegen medische behandeling	Ja	Rb. Amsterdam 13-2-'01 (2001)
	Nodige bereidheid ontbreekt door bezwaar vrijheidsberkende maatregelen, en andere omstandigheden		Rb. Amsterdam 22-7-'02 (2003)
	Nodige bereidheid ontbreekt, omdat handelwijze toepassing art. 38,39 Bopz zou rechtvaardigen	A-G	HR, 7-4-'95 (1995)
	Nodige bereidheid ontbreekt, omdat handelwijze toepassing art. 38,39 Bopz zou rechtvaardigen. De toewijzing legitimeert geen dwangbehandeling		Rb. Roermond, 24-11-'99 (2001)
	Nodige bereidheid ontbreekt vanwege aard therapie en communicatie niet mogelijk; dubbele toetsing gebruikt		Rb. Den Bosch, 6-10-'99 (2000)
	Nodige bereidheid ontbreekt na dubbele toetsing; toewijzing legitimeert geen dwangbehandeling		Rb. Zutphen, 29-2-'00
	Doordat er voorwaarden worden gesteld aan vrijwillig	A-G	HR, 6-12-'02 (2003)

Constateert de rechter in 1991 nog dat het niet uitmaakt welke juridisch titel de patiënt heeft, voor de beoordeling of het geoorloofd is om dwangbehandeling toe te passen, (1993) na invoering van de Wet Bopz blijkt al snel dat instellingen en behandelaars hier niet goed raad mee weten. Dwangbehandeling wordt kennelijk niet meer geoorloofd geacht als er geen geldige juridische verblijfstitel is in de instelling. Dit proberen verschillenden op te lossen door dan maar een machtiging aan te vragen voor patiënten die weliswaar vrijwillig binnen de instelling verblijven, maar die weigeren om aan de behandeling mee te werken, dan wel zich verzetten bij de uitvoering van een behandeling.

Ook rechters worstelen met de materie, zo blijkt uit bovenstaand schema. Hoewel de voorliggende vraag steeds nagenoeg hetzelfde is, lijken de uitspraken relatief weinig op elkaar. Wel valt het volgende op. De meest fundamentele uitspraken, waarbij de rechter een rechterlijke machtiging wegens dwangbehandeling afwijst, wegens strijd met de bedoelingen van de Wet Bopz, die de rechter uitsluitend vraagt zich over dwangopneming uit te spreken, zijn vooral de oudere uitspraken, terwijl in de laatste drie jaren geen beschikkingen meer zijn gepubliceerd waarbij de rechter waarin een machtiging om die reden werd afgewezen. Vanaf 2001 werd een verzoek om een machtiging te verlenen om dwangbehandeling toe te kunnen passen nog wel enkele keren afgewezen, maar lag de reden in de afwijzing niet zozeer in het feit dat de vraag niet juist gesteld was, maar in andere omstandigheden: er was geen sprake van ernstig gevaar of alternatieven waren onvoldoende overwogen.

De uitspraken van rechters waarbij de vordering voor een rechterlijke machtiging teneinde dwangbehandeling mogelijk te maken, wordt toegewezen zijn nog meer divers dan die waarin het verzoek afgewezen wordt. Bij de meeste uitspraken overweegt de rechter dat er grond is voor een rechterlijke machtiging onder meer omdat een behandeling geweigerd wordt; er zijn dus steeds bijkomende omstandigheden. Ook de Hoge Raad keurt deze zienswijze niet af. (1995:, 2001) Enkele uitspraken verlenen wel uitsluitend een machtiging vanwege het feit dat een behandeling afgewezen wordt, maar overwegen hier uitdrukkelijk bij dat de uitspraak geen oordeel bevat over de vraag of de dwangbehandeling zelf geoorloofd is. Deze uitleg lijkt evenmin door de Hoge Raad afgewezen, hoewel in een arrest waarin de rechtbank dezelfde zinsneede gebruikt, de HR wat minder duidelijk de link legt tussen de noodzaak om dwangbehandeling toe te passen en de aanvraag voor een rechterlijke machtiging. In deze uitspraak wordt het afwijzen van iedere behandelinterventie echter wel genoeg geacht om de conclusie op te gronden dat de nodige bereidheid voor vrijwillig verblijf afwezig was. (1998)

Een duidelijke categorie is voorts de reeks uitspraken waarin een zogeheten dubbele toetsing wordt uitgevoerd. Deze toetsing, waarvoor de suggestie aan de hand werd gedaan door T.P. Widdershoven in een noot bij een vonnis van een uitspraak van de rechtbank Zutphen (1998), houdt in dat ten behoeve van een rechterlijke machtiging die wordt aangevraagd om dwangbehandeling toe te kunnen passen, niet alleen getoetst wordt aan het gevaarscriterium van art. 2 Bopz, maar ook aan 'ernstig gevaar' in art. 38 lid 5 Bopz. Op die manier wordt het probleem van de noodzaak om dwangbehandeling toe te passen bij vrijwillig opgenomen patiënten die ook te kennen hebben gegeven het verblijf vrijwillig voort te zetten opgelost.

In het arrest van de Hoge Raad d.d. 6 december wordt deze – niet door alle rechtbanken consequent doorgevoerde – koers weer verlaten. Advocaat-Generaal Langemeijer, gaat wel in op de dubbele toetsing, maar concludeert dat deze in de nabije toekomst niet meer mogelijk is, vanwege de voorgenomen wetwijziging om 'ernstig' te schrappen in art. 38 lid 5 Bopz. Hij stelt dat 'de nodige bereidheid' voor opneming en/of verblijf moet worden getoetst aan het gevaarscriterium. Als door vrijwillig verblijf het gevaar niet voldoende wordt weggenomen, is een rechterlijke machtiging gerechtvaardigd. Deze redenering wordt door de Hoge Raad overgenomen. Er zijn geen uitspraken meer gepubliceerd die nadien over dit onderwerp hebben plaatsgevonden.

Uit vorenstaande blijkt in ieder geval dat de noodzaak een bepaalde behandeling toe te passen onder omstandigheden een rechterlijke machtiging kan rechtvaardigen, niet in de laatste plaats omdat de wet Bopz meer rechtsbescherming biedt, zoals enkele rechtbanken terecht aangeven. (1998:, 2001). De Roode (2003: 54-55) trekt uit de jurisprudentie, mede vanwege de uitlatingen van A-G Langemeijer in HR, 2 november 2001 (2002) over dit onderwerp zelfs de conclusie dat een machtiging ingeval van dwangbehandeling altijd zou moeten worden aangevraagd, zelfs bij somatische behandelingen.

Voor situaties waarin de Wet Bopz in het geheel niet van toepassing is, biedt dit echter geen oplossing, vandaar dat het interessant is te onderzoeken in hoeverre door rechters uitspraken zijn gedaan over de mogelijkheid op de voet van de Wgbo dwangbehandeling toe te passen. Dit is vijf keer door een lagere rechter gebeurd, waarvan vier keer wordt erkend dat dwangbehandeling mogelijk is en één zaak waarbij dit nadrukkelijk wordt afgewezen. (2002) Daarnaast laten ook twee Advocaten-Generaal zich uit over de mogelijkheid dwang toe passen op basis van de Wgbo. A-G Leijten spreekt nog over een 'acuut ernstig gevaar' en een 'soort noodtoestand' (1995), maar A-G Langemeijer – die in zijn eerste uitspraak hierover dwangbehandeling op basis van de Wgbo nog afwijst (2002) - is in zijn conclusie bij HR, 6 december 2002 (2003) veel explicieter, zoals in de bespreking in de vorige paragraaf ook naar voren komt, met name waar hij stelt dat het belangrijkste verschil tussen art. 7:465 lid 6 BW en art 38 lid 5 Bopz is dat in de laatste bepaling ook het gevaar voor anderen dan de patiënt zelf wordt genoemd.

Geen enkele rechter – ook niet in de hiervoor aangehaalde uitspraken - heeft zich totnogtoe uitgelaten over de reikwijdte van toepassing van dwangbehandeling op voet van de Wgbo.

### **3.5 Nadere analyse wettelijke regelingen**

In de vorige paragrafen is de reikwijdte van de Wet Bopz en de Wgbo aan de orde geweest met betrekking tot de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen, en dan vooral vanuit het perspectief vanuit de wetgever en de rechter. Zijdelings is daarbij ook de mening van verschillende auteurs met besproken. In deze paragraaf wordt nader ingegaan wat een en ander betekent voor de toepassing van vrijheidsbeperingen op plaatsen waar de Wet Bopz niet van toepassing is. Daartoe wordt betekenis van de Wgbo met gebruikmaking van interpretatiemethoden (grammaticaal, systematisch, rechtshistorisch) belicht. (Verheugt, 2003)

#### **3.5.1 Inhoud en werking regeling Wgbo**

##### **3.5.1.1 Verrichting**

Art. 7:446 BW geeft een definitie van 'verrichting'. In paragraaf 3.3.1 is dit uitgebreid aan de orde geweest. Er is sprake van een geneeskundige verrichting of behandeling in de zin van de Wgbo als:

- a) Het gaat om een verrichting die rechtstreeks betrekking heeft op een persoon én het gaat om een handeling die ertoe strekt:
  - hem van een ziekte te genezen,
  - hem voor het ontstaan van een ziekte te behoeden,
  - zijn gezondheidstoestand te beoordelen, of
  - verloskundige bijstand te verlenen
- b) Iedere andere handeling die rechtstreeks betrekking heeft op een persoon en die verricht wordt door een arts of tandarts, in diens hoedanigheid als arts of tandarts;
- c) Het in het kader van een geneeskundige behandeling verplegen en verzorgen van een patiënt en het overigens rechtsreeks ten behoeve van de patiënt voorzien in de materiële omstandigheden waaronder die handelingen kunnen worden verricht.

Dit betekent dat alle verrichtingen die onder supervisie van een arts plaatsvinden worden, in ieder geval onder de reikwijdte van de Wgbo vallen. Is geen arts bij de besluitvorming betrokken, dan hangt het af van de vraag of de verpleging of verzorging in het kader van een andere behandeling plaatsvindt. Ook hier dient echter ruim te worden geïnterpreteerd, zo bleek uit de parlementaire stukken (zie par. 3.3.1). Volgens de parlementaire stukken, zal bijvoorbeeld in een verpleeghuis bij uitzondering geen sprake zijn van verrichtingen die niet onder de reikwijdte van de wet vallen. Daarnaast kunnen ook verrichtingen door bijvoorbeeld thuiszorgorganisaties of woonzorgcomplexen onder voorwaarden onder de werking van de Wgbo worden begrepen.

### 3.5.1.2 Hulpverlener

Een geneeskundige behandelingsovereenkomst wordt aangegaan met een hulpverlener (art. 7:446 BW lid 1). Daarvan is sprake als iemand een geneeskundig beroep of bedrijf uitoefent.

### 3.5.1.3 Vrijheidsbeperkingen en dwangbehandeling

Een vrijheidsbeperkende maatregel die aan de voorwaarden van het begrip verrichting voldoet, kan derhalve een onderdeel vormen van een overeenkomst tot het verrichten van een geneeskundige handeling. De overeenkomst kan worden gesloten worden tussen een hulpverlener enerzijds en met de patiënt zelf anderzijds. Indien deze niet in staat is tot een redelijke belangenafweging ter zake kan de overeenkomst worden gesloten met diens vertegenwoordiger. (art. 7:465 lid 1 en 2 BW voor minderjarigen, en lid 2 en 3 voor meerderjarigen).

Dikwijls zal een vrijheidsbeperkende maatregel bij een wilsonbekwame psychogeriatrische patiënt of verstandelijk gehandicapte door de persoon in kwestie niet bestreden worden. Indien deze echter wel bezwaren heeft tegen de vrijheidsbeperkende handeling treedt art. 7:465 lid 6 BW in werking.

Art. 7:465 lid 6 BW luidt:

*‘Verzet de patiënt zich tegen een verrichting van ingrijpende aard waarvoor een persoon als bedoeld in de leden 2 of 3 toestemming heeft gegeven, dan kan de verrichting slechts worden uitgevoerd indien zij kennelijk nodig is teneinde ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen.’*

Uit deze bepaling kunnen de volgende voorwaarden worden gedestilleerd op basis waarvan dwangbehandeling mag worden toegepast.

- a) De patiënt is wilsonbekwaam. Zie hierover ook Legemaate (1996: 20) die uitdrukkelijk stelt dat dwangbehandeling op basis van de Wgbo, in tegenstelling tot bij de Wet Bopz, bij wilsonbekwame patiënten niet mogelijk is.
- b) Er is toestemming van een vertegenwoordiger (indien de vertegenwoordiger echter niet handelt als goed vertegenwoordiger (lid 5) of een vertegenwoordiger ontbreekt, kan de hulpverlener handelen in het kader van zijn goed hulpverlenerschap)
- c) Het gaat om een verrichting van ingrijpende aard
- d) De verrichting is kennelijk nodig om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen.  
Volgens onder meer A-G Langemeijer (2003) bestaat het verschil met art. 38 lid 5 Bopz vooral hierin dat de voorwaarde in lid 6 art. 465 BW gelezen moet worden als nadeel voor de patiënt zelf (in tegenstelling tot de Bopz waar het gaat om ernstig gevaar voor de patiënt zelf of voor anderen). Dat betekent dat ernstig nadeel altijd moet kunnen worden uitgelegd als een nadeel voor de patiënt zelf. Een nadeel dat uitsluitend voor anderen bestaat, volstaat dus niet.

Frijlink (1996: 126) stelt dat aan het verzet van een wilsonbekwame patiënt tegen een niet-

ingrijpende verrichting, waarvoor een vertegenwoordiger toestemming heeft gegeven, eveneens mag worden voorbijgegaan. Over niet-ingrijpende verrichtingen handelt art. 7:466 lid 2 BW. Uit de kamerstukken blijkt dat voor deze verrichtingen evenmin toestemming nodig is van de vertegenwoordiger. Volgens de nadere memorie van toelichting is het niet verlenen van toestemming voor een niet-ingrijpende verrichting juridisch relevant. (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1991-1992g) Verzet de patiënt zich tegen de verrichting, dan zou betoogd kunnen worden dat deze per definitie als ingrijpend beschouwd moet worden gezien en dan is art. 7:465 lid 6 BW van toepassing. Ook van Veen is van mening dat niet voorbijgegaan moet worden aan verzet tegen een vanuit medisch perspectief gezien niet-ingrijpende verrichting. (1998: 42) Overigens dienen vrijheidsbeperkende maatregelen, zeker die worden geregeld in het Besluit Middelen en Maatregelen, per definitie als ingrijpende verrichting te worden beschouwd, zoals van Veen (1998: 45) en Frijlink (1996) terecht betogen.

Naast bovengenoemde situaties kan er ook zonder toestemming gehandeld worden in het kader van noodsituaties (art. 7:466 BW).

#### **3.5.1.4 Conclusie**

Een vrijheidsbeperkende maatregel die aan de voorwaarden van het begrip verrichting voldoet én die wordt uitgevoerd door een hulpverlener in de zin van de Wgbo valt onder de werking van de Wgbo. Een mantelzorger die op eigen titel vrijheidsbeperkingen toepast valt derhalve in ieder geval buiten het kader van de Wgbo. Voor verplegenden en verzorgenden is het contextafhankelijk en vrijheidsbeperkende maatregelen die onder auspiciën van een arts in diens hoedanigheid als arts worden uitgevoerd vallen te allen tijde onder de Wgbo.

Dwangbehandeling mag als voldaan wordt aan de voorwaarden die in art. 7:465 lid 6 BW worden gesteld.

Met bovenstaande zijn de contouren geschetst van het systeem van de Wgbo. Het maakt duidelijk dat vrijheidsbeperkende maatregelen op basis van deze wet mogelijk zijn, maar geeft niet aan of er grenzen zijn, en waar die grenzen dan liggen. Daarover handelen de volgende paragrafen.

#### **3.5.2 Reikwijdte dwangbehandelingsregeling volgens nationaal recht**

Het is met name de werking van art. 7:465 lid 6 BW – de mogelijkheid het toepassen van dwang op basis art. 7:466 BW in noodsituaties heeft niet of nauwelijks stof doen opwaaien – die in de literatuur tot discussie heeft geleid.

Veel auteurs gaan in op het feit dat naast de Wet Bopz de Wgbo blijft gelden in situaties waarin de Wet Bopz niet van toepassing is, waarbij met name wordt gerefereerd aan somatisch-medische behandelingen, zoals de behandeling van open wonden, bij onvrijwillig opgenomen psychiatrische patiënten. Over de toepasbaarheid daarbuiten wordt niet of nauwelijks gerept. (o.a. Frijlink, 1996; Legemaate, 1996)

Door de inspectie (2002: 19, 20), is aangevoerd dat deze bepaling betekent dat slechts ingeval van somatisch handelen, dwangbehandeling is toegestaan onder de in de Wgbo genoemde voorwaarden. Ook Keurentjes (2003: 115) lijkt die mening toegedaan. De Inspectie legt de systematiek van de wet zodanig uit dat de Wet Bopz een bijzondere wet is, die het behandelen van een geestelijke stoornis tot doel heeft, en daarom voor die situatie prevaleert boven de Wgbo. (Zie ook de noot van Zuiderhout onder 2003)

Anderen beweren dat dwangbehandeling buiten het kader van de Wet Bopz wel degelijk mogelijk is. (Gevers, 2001: 520, Leenen, 2000: 283-286, Lomwel en Veen, 1996: 126-131). Hieronder wordt nader ingegaan op de reikwijdte volgens parlementaire geschiedenis, literatuur en jurisprudentie.

Een eerste argument dat pleit voor een ruime reikwijdte van de Wgbo is de plaats die deze wet in het recht inneemt. De Wgbo is bedoeld als een algemene patiëntenwet die alle zaken regelt met betrekking tot patiëntenrechten. Indien een bijzondere wet van toepassing is geldt zij aanvullend naast deze wet, zoals in het geval van de Wet Bopz ook uitdrukkelijk door de regering is benoemd. Om die reden zijn bijvoorbeeld een aantal bepalingen met betrekking tot het informeren van patiënten in de aanloop naar goedkeuring geschrapt. (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1989-1990c: 51, 52)

De regeling met betrekking tot dwangbehandeling in de Wet Bopz is in deze wet opgenomen, niet zozeer omdat dwangbehandeling anders niet zou zijn toegestaan, maar om de suggestie weg te nemen dat dwangopneming automatisch met zich mee zou brengen dat dwangbehandeling kon worden toegepast. Met situaties waarin de Wet Bopz niet van toepassing is, had de introductie van deze bepaling dus niets van doen. De toelichtingen van de regering met betrekking tot de relatie vrijwillig opgenomen patiënten en de weigering om een bepaalde behandeling te ondergaan, wijzen niet op de mogelijkheid om op deze patiëntengroep dwangbehandeling te kunnen toepassen. (Handelingen Eerste Kamer, Vergaderjaar 1991-1992: 12) Deze toelichtingen lijken echter te handelen over wilsbekwame patiënten en bovendien bestond in het wetsvoorstel voor de geneeskundige behandelingsovereenkomst de voorziening voor dwangbehandeling nog niet. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het enkele feit dat de Wet Bopz bestaat geen voldoende onderbouwing is voor de stelling dat dwangbehandeling op basis van de Wgbo uitsluitend is toegestaan voor een somatische behandeling.

Een tweede argument dat pleit voor een ruime betekenis van art. 7:465 lid 6 BW is de wordingsgeschiedenis van deze bepaling. Voordat deze geïntroduceerd wordt is het standpunt van de regering dat 'gefundeerd verzet' van de wilsonbekwame patiënt een rol speelt, maar dat toestemming van een vertegenwoordiger in principe voldoende is om een behandeling te doen plaatsvinden. (Legemaate, 1993b: 402)

Vrijwel aan het einde van de behandeling van het voorstel Wgbo door de Tweede Kamer wordt de bepaling inzake dwangbehandeling voor ingrijpende verrichtingen bij amendement door Kamerlid Kohnstamm (D'66) ingevoegd, eigenlijk met dezelfde argumentatie waarom destijds voor een regeling van dwangbehandeling in de Wet Bopz is ingevoerd. Hij wilde voorkomen dat wilsonbekwamen op basis van de Wgbo min of meer vogelvrij waren ten aanzien van verrichtingen, en vond het noodzakelijk dat er een soortgelijke regeling kwam voor het geval deze zich verzette. De hulpverlener moet dan met een extra motivering komen waarom een verrichting toch noodzakelijk is. (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1993-1994). Bij zijn toelichting rept Kohnstamm evenmin van een beperkte reikwijdte. Het gaat om alle situaties waarin een wilsonbekwame patiënt zich verzet.

Kohnstamm beoogt dus slechts een regeling voor dwangbehandeling te construeren analoog aan die van art. 38 lid 5 Bopz, waarbij hij vanwege de formuleringen die reeds in de Wgbo werden gebruikt voor 'ernstig nadeel' heeft gekozen, maar daarmee hetzelfde bedoelde als 'ernstig gevaar' in de Wet Bopz.

Bestudering van de jurisprudentie laat vooral zien dat de meeste rechtbanken geneigd zijn mee te gaan in de omzetting van een vrijwillig verblijf in een intramurale instelling naar een onvrijwillig verblijf. Als een patiënt de noodzakelijke behandeling weigert, wordt al snel de nodige bereidheid tot verblijf afwezig geacht, zeker als er sprake is van ernstig gevaar of bijkomende omstandigheden, zoals weglloopgedrag. Dat betekent echter geenszins dat vrijheidsbeperkingen buiten het toepassingsgebied van de Wet Bopz niet zouden zijn toegestaan. Sommige rechtbanken overwegen dan ook uitdrukkelijk dat dwangbehandeling op de voet van de Wgbo mogelijk is (1998:, 2001:, 2003), zelfs als de machtiging toch toegewezen wordt (2001:, 2003). De Hoge Raad heeft zich er nooit over uitgelaten. Twee Advocaten-Generaal deden dit echter wel, waarbij Leijten vrijheidsbeperkingen zonder toelichting in noodsituaties toegestaan achtte

(1995). Langemeijer sloot daarentegen de ene keer vrijheidsbeperkingen op basis van de Wgbo zonder onderbouwing uit (2002), terwijl hij de andere keer weliswaar eveneens van mening was dat een rechterlijke machtiging omwille van een toepassing van dwangbehandeling moest worden toegewezen, maar waarbij hij in zijn conclusie met een toelichting aangaf dat er inhoudelijk nauwelijks verschillen zijn tussen de regelingen van art. 38 lid 5 Wet Bopz en art. 7:465 lid 6 BW. (2003).

Tot op heden deed slechts één rechtbank een uitspraak, waarin werd geconstateerd dat dwangbehandeling op basis van de Wgbo niet mogelijk is, maar een motivering daarvoor ontbrak. (2002)

Vooralsnog is er dus geen reden in de rechtspraak of elders te vinden, waarom dwangbehandeling op basis van de Wgbo niet zou zijn toegestaan. Nergens in de wet, de totstandkomingsgeschiedenis of in de jurisprudentie zijn restricties aangebracht in de dwangbehandelingsregeling, zodat volgens positief recht moet daarom geconcludeerd worden dat de reikwijdte met in achtname van de door de Wgbo zelf gestelde voorwaarden dezelfde is als die op basis van art. 38 Bopz.

### 3.5.3 Analyse aan de hand van Europese regelgeving

In de vorige paragrafen werd de conclusie getrokken dat de Wgbo de ruimte biedt om vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen en dat dit bovendien onder dwang mogelijk is, zowel in een noodsituatie als daarbuiten. Deze zienswijze wordt door verschillende auteurs gedeeld. (Stikker, 2003: 39-40, geeft bijvoorbeeld aan dat dwangbehandeling mogelijk is, maar constateert dat onduidelijk is waar de grenzen liggen.) De meesten stellen daarbij echter wel de grens dat vrijheidsbeperkende maatregelen slechts mogelijk zijn voor zover dit niet leidt tot vrijheidsbeneming van patiënten. Bij de auteurs die hierover een uitspraak doen, is voor deze bewering niet of nauwelijks een onderbouwing te vinden. {CBO, 2000 #161; 2001 #168; 1995 #128; CBO, 2000 #51; 1998 #137; Lomwel, 1996 #84@130}. Vrijheidsbeneming wordt in dit verband doorgaans gedefinieerd (vgl. Legemaate, 1993a: 108-109) als 'een persoon zich van de plaats waar hij zich bevindt niet verwijderen kan, wanneer hij óf opgesloten is, dat hij zich niet kan voortbewegen, zodat hij zich langs de gewone uitgang niet kan verwijderen zonder geweld te plegen of te ondergaan, óf zodanig gekneveld is dat hij zich niet kan voortbewegen.' (Remmelink)

Slechts de Roode {CBO, 2000 #161} geeft een extra onderbouwing, te weten dat er in geval van vrijheidsbeneming strijd is met het EVRM, maar waarom dit volgens haar het geval is licht zij niet toe. Overigens zou indien deze zienswijze juist is de conclusie niet moeten luiden dat de reikwijdte van de wet beperkt is, maar slechts dat er strijd is met verdragsrechtelijke bepalingen. Hieronder wordt nader onderzocht of de dwangbehandelingsregeling op basis van de Wgbo mogelijk in strijd is met het EVRM. Daarnaast wordt ingegaan op het nog niet door Nederland geratificeerde VRMB.

#### 3.5.3.1 Europees Verdrag tot Bescherming van de Rechten van de Mens

Art. 5 lid 1 EVRM bepaalt dat eenieder recht heeft op vrijheid en veiligheid van zijn persoon en dat niemand zijn vrijheid mag worden ontnomen, behalve in de in die bepaling omschreven gevallen en overeenkomstig een wettelijk voorgeschreven procedure. Met betrekking tot psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten is sub e relevant:

*'in het geval van rechtmatige detentie van personen ter voorkoming van de verspreiding van besmettelijke ziekten, van geesteszieken, van verslaafden aan alcohol of verdovende middelen of van landlopers'*

Art. 2 vierde protocol bij het EVRM luidt:

*'1. Eenieder die wettig op het grondgebied van een Staat verblijft, heeft binnen dat grondgebied*

*het recht zich vrijelijk te verplaatsen en er vrijelijk zijn verblijfplaats te kiezen.*

3. *de uitoefening van deze rechten mag aan geen andere beperkingen worden gebonden dan die bij de wet zijn voorzien en in een democratische samenleving noodzakelijk zijn in het belang van de nationale veiligheid of van de openbare veiligheid, voor de handhaving van de openbare orde, voor de voorkoming van strafbare feiten, voor de bescherming van de gezondheid of van de goede zeden of de bescherming van de rechten en vrijheden van anderen.'*

Uit onder meer het Winterwerp-arrest valt te concluderen dat art. 5 lid 1 onder e EVRM puur over detentie handelt. Het EHRM overweegt daar immers: 'that a mental patient's right to treatment appropriate to his condition cannot as such be derived from Article 5 par. 1 (e). Furthermore, the evidence contains no suggestion, as regards treatment, of a breach of any other provision in the Convention'.

Dwangbehandeling op basis van art. 7:465 lid 6 BW, maar ook op basis van art. 38 lid 5 Bopz kan worden gekwalificeerd als een vrijheidsbeperking ten behoeve van de bescherming van de gezondheid als bedoeld in art. 2 lid 3 Protocol IV. Beide regelingen voldoen ook aan deze bepaling: er moet een wettelijke basis zijn.

Het EHRM ziet een glijdende schaal tussen vrijheidsbeperkingen in de zin van art. 2 lid 3 Protocol IV en vrijheidsbenemingen in de zin van art. 5 lid 1 EVRM, waarbij opvalt dat het Hof niet snel van mening is dat er sprake is van detentie. (*He.M. versus Switserland*, 2002:; *Nielsen versus Denmark*, 1991) Een onvrijwillige opneming alleen is daartoe nog niet voldoende. Het Hof houdt rekening met allerlei factoren in de concrete situatie, zoals de aard, de duur, de effecten en de wijzen van tenuitvoerlegging van de genomen maatregel. (*Ashingdane versus United Kingdom*, 1991) Uit de in paragraaf 3.4.1.2 aangehaalde uitspraken lijkt naar voren te komen dat detentie minder snel wordt aangenomen naarmate het behandelingskarakter meer voorop staat. Dat verklaart bijvoorbeeld het verschil tussen de arresten inzake *Ashingdane* en *Nielsen*. Van een detentie kan waarschijnlijk wel gesproken worden bij een onvrijwillige opneming in een intramurale instelling, gecombineerd met verdere vrijheidsbeperkende maatregelen. (Aldus ook Dijkers in de noot onder *He.M. versus Switserland*, 2002: 73, Legemaate, 1994). Een andere mening is Krul-Steketee toegedaan, die stelt dat een opneming van wilsonbekwame verstandelijk gehandicapten en psychogeriatrische patiënten die niet in staat zijn tot handhaving buiten de instelling, per definitie gebeurt in het kader van noodzakelijke zorgverlening, waarvoor geen speciale door het EVRM vereiste wettelijke regeling nodig is. (Krul-Steketee, 1992: 275) Met deze stellingname lijkt zij echter voorbij te gaan aan de rechtspraak van het EHRM die wel degelijk suggereert dat ook in dit geval sprake kan zijn van detentie.

Niet tegenstaande de tegen Krul-Steketee ingebrachte kritiek, kan echter geconcludeerd worden dat een dwangbehandeling op basis van de Wgbo wel heel extreem zou moeten zijn om te kunnen spreken van een detentie in de zin van art. 5.

Gesteld dat een bepaalde dwangbehandeling, bijvoorbeeld langdurige separatie, beschouwd kan worden als detentie. Dan nog levert dit geen schending van art. 5 lid 1 EVRM, er is immers een wettelijke basis. Wel moet dan worden voldaan aan art. 5 lid 4 EVRM, hetgeen inhoudt dat degene wiens vrijheid is ontnomen directe toegang tot de rechter moet krijgen. Deze bepaling schrijft niet voor dat er een verplichte rechterlijke beoordeling vooraf is. (Legemaate, 1994: 61) Uit de kamerstukken blijkt dat de regering art. 5 lid 4 als volgt interpreteert: 'toegang tot de rechter houdt geen automatische tussenkomst van de rechter in. Toegang tot de rechter betekent dat de betrokkene door de rechter moet worden gehoord, indien hij dit wenst.' (Handelingen Tweede Kamer, Vergaderjaar 1988-1989c: 4) Mogelijkheden daartoe kent de Wet Bopz op diverse plaatsen (bijvoorbeeld via art. 41 of art. 49 Bopz). Daarenboven doet de rechter hier ook vooraf bij het verlenen of afwijzen van een machtiging een uitspraak.



Indien de Wgbo van toepassing is zal de patiënt op wie dwangbehandeling wordt toegepast zich tot de rechter moeten wenden via art. 6:162 (onrechtmatige daad) of 3:74 BW (wanprestatie). Niet ondenkbaar is dat het EHRM dit voldoende acht om te voldoen aan art. 5 lid 4, indien sprake zou zijn van vrijheidsbeneming, al is de drempel dan hoog. Zie hierover ook de noot van Alkema bij de uitspraak van het EHRM d.d. 28 mei 1985 (*Ashingdane versus United Kingdom*, 1991). Bovendien zal veel dan afhangen van de feitelijke mogelijkheden die de patiënt geboden worden om toegang tot de rechter te krijgen, zoals is gebleken in het Winterwerp-arrest. In het geval van Winterwerp concludeerde het Hof dat art. 5 lid 4 EVRM geschonden was, vanwege het feit dat de rechtbank en de OvJ Winterwerp feitelijk niet hoorden, hoewel de wettelijke ruimte daartoe wel aanwezig was. Er werd echter niet geconcludeerd dat de wettelijke regeling zelf in strijd met het verdrag was.

Art. 15 lid 2 GW gaat trouwens in dit verband verder dan het EVRM en schrijft voor dat degene aan wie anders dan op rechterlijk bevel zijn vrijheid is ontnomen, aan de rechter zijn invrijheidstelling kan verzoeken. Hij dient volgens deze bepaling in dat geval door de rechter te worden gehoord binnen een bij de wet te bepalen termijn. Voor deze bepaling schiet de toegang tot de rechter via onrechtmatige daad of wanprestatie tekort. Deze constatering beperkt echter, zoals hiervoor reeds gesteld de werking van art. 7:465 lid 6 BW niet.

### 3.5.3.2 Verdrag inzake de rechten van de mens en de biogeneeskunde

Indien dwangbehandeling gekwalificeerd zou kunnen worden als detentie in de zin van art. 5 EVRM, dan bevat de wet dus nog geen directe schending van art. 5 lid 4 EVRM. De kans dat de feitelijke toegang tot de rechter in een concreet geval onvoldoende is, is echter niet denkbeeldig. Wanneer in de toekomst het Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de waardigheid van het menselijk wezen met betrekking tot de toepassing van de biologie en de geneeskunde (VRMB) (Convention on Human Rights and Biomedicine, 1997 en 1999) geratificeerd wordt, is een goede rechterlijke voorziening ter zake zeker aan de orde. Art. 23 van dit verdrag verplicht partijen om een passende juridische bescherming te bieden om schendingen van de in dit verdrag genoemde rechten en beginselen te voorkomen, of op korte termijn een halt toe te roepen. De toelichting op deze bepaling zegt hierover het volgende:

*'The judicial protection requested must be appropriate and proportionate to the infringement or the threats of infringement of the principles. Such is the case, for example, with proceedings initiated by a public prosecutor in cases of infringements affecting several persons unable to defend themselves, in order to put an end to the violation of their rights.'*

*Under the Convention, the appropriate protective machinery must be capable of operating rapidly as it has to allow an infringement to be prevented or halted at short notice. This requirement can be explained by the fact that, in many cases, the very integrity of an individual has to be protected and an infringement of this right might have irreversible consequences.'*

*The judicial protection thus provided by the Convention applies only to unlawful infringements or to threats thereof. The reason for this qualifying adjective is that the Convention itself, in Article 26.1, permits restrictions to the free exercise of the rights it recognises.'* ("Convention on Human Rights and Biomedicine," 1997: 22)

Van belang voor dwangbehandeling bij psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten op plaatsen waar de Wet Bopz niet van toepassing is, zijn art. 6 VRMB die behandeling van wilsonbekwame patiënten met toestemming van een vertegenwoordiger, art. 7 die dwangbehandeling van patiënten met een geestelijke stoornis ten behoeve van die geestelijke stoornis en art. 8 die behandeling zonder toestemming in noodsituaties mogelijk maken.

Art. 6 lid 3 VRMB luidt in de officiële vertaling:

*In de gevallen waarin, volgens de wet, een meerderjarige vanwege een verstandelijke handicap, ziekte of om soortgelijke redenen niet in staat is om toestemming te geven voor een handeling, mag de handeling alleen worden verricht met machtiging van zijn of haar vertegenwoordiger of van*

*een bij wet aangewezen autoriteit, persoon of instantie. De desbetreffende persoon wordt voor zover mogelijk betrokken bij de machtigingsprocedure.*

En art 7:

*Onverminderd de bij wet voorgeschreven beschermende voorwaarden, met inbegrip van toezicht-, controle- en beroepsprocedures, mag een persoon met een ernstige geestelijke stoornis alleen dan zonder zijn of haar toestemming aan handelingen ter behandeling van zijn of haar geestelijke stoornis worden onderworpen wanneer, zonder een dergelijke behandeling, ernstige schade voor zijn of haar gezondheid te duchten is.*

Art. 26 maakt overigens verdere beperkingen mogelijk in het belang van de gezondheidstoestand van anderen.

Uit de toelichting op art. 7 komt naar voren dat deze bepaling zich vooral richt op patiënten die wellicht een verminderde bekwaamheid hebben ten aanzien van beslissingen met betrekking tot hun behandeling, maar die niet als wilsonbekwaam kunnen worden beschouwd. (Vergelijk ook de interpretatie van van de Klippe, 1997: 117). Voor volledig wilsonbekwamen is art. 6 van toepassing. Hoe de grens ligt tussen verminderd wilsonbekwaam en volledig wilsonbekwaam, is een zaak die mogelijk in de toekomst door het EHRM wordt beantwoord. Het Hof is voor individuele klagers niet direct toegankelijk voor klachten op basis van het VRMB, maar mag hier op basis van een klacht op grond van het EVRM wel aan toetsen (art. 29 VRMB).

Naast het feit dat een behandeling op grond van art. 7 aan meer restricties gebonden is, dient de nationale wetgeving ook voorzieningen te treffen voor toezicht en beroep. De toelichting zegt hierover het volgende:

*'The article specifies that these conditions must include appropriate supervisory, control and appeal procedures, such as mediation by a judicial authority. This requirement is understandable in view of the fact that it will be possible for an intervention to be carried out on a person who has not consented to it; it is therefore necessary to provide an arrangement for adequately protecting the rights of that person. In this connection, Recommendation No. R (83) 2 of the Committee of Ministers of the Council of Europe concerning the legal protection of persons suffering from mental disorder placed as involuntary patients establishes a number of principles, which must be respected during psychiatric treatment and placement.'* ("Convention on Human Rights and Biomedicine," 1997: 10)

Met betrekking tot art. 6 wordt in de toelichting opgemerkt dat ieder land de methode ter bepaling van de wilsonbekwaamheid een zaak voor de nationale wetgeving is. Beperkingen die op de autonomie van de patiënt worden gemaakt, dienen in diens belang te zijn. Er dient toestemming van een vertegenwoordiger te zijn. De wensen van de vertegenwoordiger hoeven door een arts niet te worden uitgevoerd als die wensen niet in het belang van de patiënt zijn.

Bij deze bepaling rijst voorts de vraag in hoeverre behandeling mogelijk is voor de situatie dat geen toestemming voorhanden is, nu deze bepaling uitdrukkelijk vereist dat er een vertegenwoordiger is of een 'representative or an authority or a person or body provided for by law'. De toelichting merkt met betrekking tot een persoon of orgaan van overheidswege het volgende op:

*'It was not considered necessary to provide in this article for a right of appeal against the decision of the legal representative to authorise or refuse to authorise an intervention. In the very terms of paragraphs 2 and 3 of this article, the intervention may be carried out only "with the authorisation of his or her representative or an authority or a person or body provided for by law", which in itself implies the possibility of appealing to a body or authority in the manner provided for in domestic law.'* ("Convention on Human Rights and Biomedicine," 1997: 9)

De toelichting lijkt te impliceren dat er te allen tijde een vertegenwoordiging moet zijn, en dat er eventueel een mogelijkheid kan zijn voor een arts om in beroep te gaan tegen een beslissing van een vertegenwoordiger. Dit laatste is echter niet verplicht.

Een vertegenwoordiger in alle situaties, ook als er geen door de Wgbo aangewezen persoon

voorhanden is, zou de rechtspositie van wilsonbekwame patiënten die nu geen vertegenwoordiger hebben, aanmerkelijk verbeteren. In de huidige wetgeving kan de hulpverlener in het kader van zijn goed hulpverlenerschap beslissingen nemen voor wilsonbekwame patiënten, maar of dit voldoende is om te voldoen aan art. 7 lid 3 is twijfelachtig.

### 3.6 Conclusie

In dit hoofdstuk is de reikwijdte van het juridische kader met betrekking tot toepassingen van vrijheidsbeperkingen op plaatsen waar de Wet Bopz niet van toepassing is besproken. Daartoe zijn de relevante wettelijke bepalingen en de totstandkomingsgeschiedenis behandeld. Ook is ingegaan op relevante jurisprudentie waarbij de rechtmatigheid van dwangbehandeling direct of indirect ter discussie stond. Tot slot is ingegaan op Europese regelgeving, met name de verdragen van de Raad van Europa.

De conclusie van dit hoofdstuk is dat de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst, die van toepassing is in situaties waarin vrijheidsbeperkingen plaatsvinden, weinig restricties bevat om vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen, mits deze worden uitgevoerd door personen die beroepsmatig handelen. Voor wilsbekwame patiënten die toestemming geven zijn er geen beperkingen, en evenmin voor wilsonbekwame patiënten in wiens plaats de vertegenwoordiger toestemming geeft. In het laatste geval dient er geen sprake te zijn van verzet. Vindt er wel verzet plaats dan geldt art. 7:465 lid 6 BW, volgens welke vrijheidsbeperkende maatregelen evenzeer plaats kunnen vinden, mits voldaan is aan de daar beschreven voorwaarden.

Noch in de parlementaire geschiedenis, noch in de jurisprudentie zijn aanwijzingen te vinden, dat er grenzen zijn in de vrijheidsbeperkende maatregelen die op basis van bovengenoemde bepaling mogen worden toegepast. Blijkens de wordingsgeschiedenis is met deze bepaling niets anders beoogd dan dezelfde rechtsbescherming te bieden dan gedwongen opgenomen patiënten. De waarborgen die de bepaling bevat zijn echter beduidend minder in vergelijking tot art. 38 lid 5 Bopz, er zijn geen registratieverplichtingen en evenmin is er een met waarborgen omklede klachtenregeling. (Een andere mening is Gevers toegedaan. Zie noot onder 2001)

Als een dwangbehandeling het karakter van detentie krijgt, hetgeen door het Europese Hof voor de Rechten van de Mens blijkens jurisprudentie echter niet snel aangenomen wordt, kan dit mogelijk strijd opleveren met het EVRM. Er is echter een voldoende wettelijke basis in de Wgbo en toegang tot de burgerlijke rechter is mogelijk langs de weg van de onrechtmatige daad of eventueel het stellen van wanprestatie. Of dit laatste, wanneer een zaak over dit onderwerp met betrekking tot de Nederlandse situatie aan het EHRM wordt voorgelegd, de toets van art. 5 lid 4 EVRM kan doorstaan is de vraag. Art. 15 lid 2 GW gaat in deze nog verder en schrijft in feite een procedure die directe toegang waarborgt voor.

Ingeval van ratificatie van het Verdrag inzake de rechten van de mens en de biogeneeskunde zijn er meer aanwijzingen dat de in de Nederlandse wetgeving neergelegde waarborgen ten aanzien van wilsonbekwame patiënten onvoldoende zijn in vergelijking tot de eisen die dit verdrag stelt. Met name met betrekking tot de besluitvorming van een (gedwongen) behandeling, wanneer er geen vertegenwoordiging voorhanden is en die gevallen, waarin de bekwaamheid van een patiënt als verminderd bekwaam in plaats van onbekwaam kan worden gekwalificeerd lijkt de Nederlandse wetgeving tekort te schieten. Ook is het de vraag of art. 23 van hetzelfde verdrag niet om meer juridische waarborgen vraagt voor wilsonbekwame patiënten.

Eventuele strijdpunten met Europese regelgeving of de Grondwet beperken de werking van art. 7:465 lid 6 BW (en art. 7:466 BW) echter niet.

# 4

## Beschrijving van het veld

### 4.1 Inleiding

Teneinde voor dit onderzoek de juiste zorgaanbieders te kunnen benaderen, was het noodzakelijk inzicht te verkrijgen in de wijze waarop de zorg voor psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten is georganiseerd. Daartoe is literatuur bestudeerd en zijn enkele oriënterende interviews gehouden met sleutelpersonen. In dit hoofdstuk volgt een beschrijving van beide sectoren. Paragraaf 4.2 gaat in op de psychogeriatric en paragraaf 4.3 op de verstandelijk gehandicaptenzorg. In par. 4.4 wordt de nieuwe regeling voor functiegericht indiceren belicht, omdat die gevolgen kan hebben voor de wijze waarop de zorg ingericht is. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvattende conclusie (par. 4.5).

### 4.2 Psychogeriatric

#### 4.2.1 Achtergronden en algemene ontwikkelingen psychogeriatricische zorg

Geriatric is een vorm van geneeskunde die zich richt op preventie, diagnostiek en behandeling van ziekten, die oorzakelijk samenhangen met veroudering of in sterke mate worden beïnvloed door veroudering van de betreffende patiënt. Multipathologie is daarbij kenmerkend. {Dharmaperwira-Prins, 1999 #199@3} Bij psychogeriatric betreft het dan preventie, diagnostiek en behandeling van psychische aandoeningen die gepaard gaan met cognitieve problemen. Er is sprake van een breed scala van psychogeriatricische aandoeningen die onder de noemer dementie vallen. Bij dementie is er een geleidelijk of soms snel verlies van het functioneren van hersenen, waardoor iemand niet meer in staat is de normale dagelijkse bezigheden uit te oefenen. Het is eerder een syndroom dan een op zichzelf staande ziekte: een combinatie van samenhangende symptomen en verschijnselen. Er zijn tientallen aandoeningen waarbij dementie kan optreden. (Trimbos-instituut, 2002b: 59). Naar schatting lijdt 6,5 tot 7,1% van de bevolking aan een vorm van dementie. {Dharmaperwira-Prins, 1999 #199@12;Gezondheidsraad, 2002 #55}. Naar verwachting loopt het aantal mensen met dementie op tot ruim 207.000 in 2010. De aandoening is onomkeerbaar en is een van de meest invaliderende ziektes. Genezing van dementie is dus niet mogelijk, maar de symptomen ervan zijn wel te verminderen door de juiste keuze van zorg, begeleiding en behandeling. (Gezondheidsraad, 2002: 141-144)

Mede om de zorg betaalbaar te kunnen houden heeft zich de afgelopen jaren een wijziging in de zorgvisie voorgedaan. Dit heeft als gevolg dat zorgvernieuwing plaatsvindt in de wijze waarop en de plekken waarop psychogeriatricische patiënten zorg ontvangen. Deze verschuiving en vernieuwing wordt ook wel de-institutionalisering of substitutie genoemd: van intramurale

naar semi- en extramurale zorg. Als gevolg daarvan ontstaan er in toenemende mate verschillende transmurale voorzieningen die een heel zorgspectrum vormen. De transitie is echter nog volop gaande, waardoor de beschikbare informatie slechts beperkt is. (Gezondheidsraad, 2002: 147, Prismant, 2002b: 9). In de volgende paragrafen volgt een overzicht.

## **4.2.2 Psychogeriatrische patiënten thuis**

Volgens de Gezondheidsraad woont tweederde van de mensen met dementie thuis. Voor de zorg zijn zij in belangrijke mate aangewezen op mantelzorgers. (Gezondheidsraad, 2002: Prismant, 2002b) Professionele hulp door middel van ondersteuningsprogramma's voor mantelzorgers komt vaak pas aan de orde als er tekenen van overbelasting zijn. Voorbeelden daarvan zijn thuiszorg en respijtzorg. Deze worden hieronder verder uiteengezet.

### **4.2.2.1 Thuiszorg**

Op dit moment zijn er ruim 150 thuiszorgorganisaties. Een derde daarvan werkt op particuliere/commerciële basis.

Het traditionele takenpakket van thuiszorgorganisatie omvat wijkverpleging en gezinsverzorging. (Boot en Knapen, 2001: 153) Meer specifiek gaat het om alphahulpverlening, huishoudelijke verzorging, verzorging, algemene dagelijkse verrichtingen, verpleging, gespecialiseerde verzorging en verpleging, dagverzorging voor ouderen en advies en voorlichting. (Prismant, 2002b: 45)

Net als verzorgingshuizen krijgt ook de thuiszorg vanwege de verschuiving van de zorgzwaarte in toenemende mate te maken met psychogeriatrische patiënten. Dikwijls bieden thuiszorginstellingen overbruggingszorg, bijvoorbeeld wanneer patiënten op een wachtlijst voor verzorgingshuis of verpleeghuis staan, of aanvullende verpleeghuiszorg aan. (Prismant, 2002b: 45-54) Voorbeelden van substitutieprojecten zijn het dagziekenhuis, gespecialiseerde thuiszorg, transmuraal case management, en preventieve huisbezoeken bij ouderen. In Maastricht is een samenwerkingsproject met het Academisch Ziekenhuis opgezet waarin gerieters consultatiebezoeken thuis afleggen en gewerkt wordt met gespecialiseerde geriatrisch verpleegkundigen. (Son, et al., 2002)

De wachtlijsten in de thuiszorg zijn dikwijls aanzienlijk. In 2001 wachtten er rond 40 duizend mensen op thuiszorg, waarvan ongeveer de helft met overbruggingszorg. Overbruggingszorg houdt in dit verband in dat de geleverde zorg qua inhoud en omvang afwijkt van de geïndiceerde zorg, hetgeen tot gevolg heeft dat cliënten minder zorg ontvangen dan waarvoor ze geïndiceerd zijn. (Prismant, 2002b: 45-54)

### **4.2.2.2 Respijtzorg**

Respijtzorg is zorg die zich bezighoudt met tijdelijke opvang van psychogeriatrische patiënten, bijvoorbeeld deeltijdopvang zoals logeerhuizen, dagopvang en dergelijke. Deze zorg wordt veelal verstrekt in verpleeg- en verzorgingshuizen, en in woonzorgcomplexen, maar komt in sommige gevallen ook zelfstandig voor.

#### **4.2.2.2.1 Dagbehandeling/verzorging**

Dagbehandeling kan worden gedefinieerd als een zorgvoorziening 'die tot doel heeft personen die wegens ziekte of gebrek zijn aangewezen op diensten van een verpleeginrichting, zonder nochtans gedurende het gehele etmaal hierop te zijn aangewezen, in staat te stellen, zo lang mogelijk in het eigen milieu te verblijven.' ("Praktijkuitgave Compendium AWBZ, verstrekkingen/dagbehandeling verpleeginr. II B.1-7,")

De meeste dagbehandelingsplaatsen werken met multidisciplinaire teams, waarin naast verzorgenden en dagactiviteitenbegeleiding, bijvoorbeeld ook psycholoog en verpleeghuisarts optreden. Naast dagbehandeling wordt ook dagverzorging onderscheiden die in tegenstelling tot de

eerste voorziening minder ruim van opzet is. Doorgaans is hier minder personeel aanwezig, dat in vergelijking tot de dagverzorging ook minder gedifferentieerd en minder hoog opgeleid is. In de traditionele vorm wordt dagverzorging vanuit het verzorgingshuis georganiseerd, terwijl dagbehandeling vanuit het verpleeghuis plaatsvindt. (Huijvenaar, et al., 2001: 266) De laatste jaren is dit onderscheid, door substitutieprojecten en ook door de wijzigingen in de AWBZ, minder groot geworden, en kan meerzorg die door een verzorgingshuis wordt aangeboden qua niveau in de buurt komen van dagbehandeling vanuit het verpleeghuis. Omdat zowel verzorgingshuizen, als verpleeghuizen plaatsen zijn die een Bopz-aanmerking kunnen verkrijgen voor althans een gedeelte van de instelling, zijn dagbehandelingsplaatsen en dagverzorgingsplaatsen hier niet nader onderzocht. Bij woonzorgcomplexen komen deze vormen echter ook voor, en zijn hier wel meegenomen in het onderzoek.

#### **4.2.2.2 Logeerhuizen**

Logeerhuizen, ook wel kortverblijfhuizen, zijn zorgvoorzieningen die tijdelijk zorg bieden aan psychogeriatrische patiënten met als doel de mantelzorg te ontlasten. Mantelzorgers kunnen bijvoorbeeld tijdelijk de zorg niet meer aan, hebben behoefte aan vakantie of kunnen wel zorg bieden, maar niet de hele week. Logeerhuizen kunnen derhalve iemand voor een korte aan-eengesloten periode opnemen, maar er worden ook wel zorgafspraken gemaakt voor enkele dagen per week gedurende een langere periode. Er zijn veelal tien tot vijftien plaatsen beschikbaar. De geboden zorg is vergelijkbaar met verzorgingshuiszorg.

#### **4.2.3 Huisartsen**

Huisartsen hebben in de eerste plaats een belangrijke functie in het vroegtijdig herkennen van dementie. Gebleken is dat niet alle huisartsen hiertoe in staat zijn. (Gezondheidsraad, 2002: 13) Huisartsen vervullen daarnaast een spilfunctie in het verlenen van de professionele zorg thuis. Vaak is hij de initiatiefnemer voor het inschakelen van andere zorgverleners en ook blijft hij wanneer patiënten worden opgenomen in een zorgvoorziening vaak de verantwoordelijk arts. Dit is het geval in woonzorgcomplexen, verzorgingshuizen en vaak ook in kleinschalige woonvoorzieningen.

#### **4.2.4 Ziekenhuizen**

Ook in ziekenhuizen heeft men in toenemende mate te maken met psychogeriatrische patiënten. In ruim 6% van de ziekenhuisbedden ligt een veelal oudere en 'uitbehandelde' patiënt die niet kan doorstromen naar een noodzakelijk vervolgvoorziening (verpleeg- verzorgingshuiszorg of thuiszorg). In totaal gaat het daarbij om 2200 bedden, die permanent door 'verkeerde' patiënten bezet zijn. Een aanzienlijk deel daarvan betreft psychogeriatrische patiënten. Daarnaast heeft men ook in de reguliere patiëntenzorg te maken met psychogeriatrische patiënten. Deze komen voor andere zorg dan hun psychogeriatrische aandoening binnen, maar brengen daardoor wel extra problemen met zich mee. (Prismant, 2002b) Uit interviews is gebleken dat het hierbij met name gaat om de afdelingen neurologie, orthopedie, interne geneeskunde, en cardiologie. In de kwantitatieve onderzoeksfase is deze hypothese getoetst.

Daarnaast heeft een aantal ziekenhuizen een afdeling geriatrie (GAAZ), waar mensen met een psychogeriatrische aandoening een belangrijk deel van de patiëntenpopulatie vormen. In een onderzoek van Golúke Willemse, et al. (2001: 197) wordt bij de onderzochte afdeling zelfs een percentage van ruim veertig procent genoemd.

De belangrijkste reden voor verwijzing naar een geriatrie afdeling is specifiek psychisch en/of somatisch disfunctioneren. Gedragstoornissen als verwijzreden zijn voor een afdeling geriatrie van een algemeen ziekenhuis met name onrust en ontremming. (Golúke-Willemse, et al., 2001: 195)

#### 4.2.5 Woonzorgcomplexen

De laatste jaren hebben vele traditionele zorginstellingen zich omgevormd tot instituties waarbij wonen en zorg gescheiden is. (Krijger, 2003) De eerste woonzorgcomplexen ontstonden in 1987. Het idee achter het scheiden tussen wonen en zorg is dat op die manier instellingen beter vraaggestuurd kunnen werken, waarmee het zelfstandig functioneren van ouderen kan worden bevorderd. (Fabbricotti en Huijsman, 2000: 252) Die gedachte komt tot uitdrukking in zogeheten woonzorgcomplexen. Een woonzorgcomplex is 'een complex zelfstandige woningen met een bouwwijze die gericht is op beschermd wonen, met een complexgewijs overeengekomen zorg- en servicearrangement, maar wel met een consequente contractuele scheiding tussen wonen, zorg en service.' (Singelenberg, 1999) De woningen – meestal driekamerwoningen - voldoen aan eisen van aanpasbaar bouwen.' (Aedes en Arcades, 2001)

Woonzorgcomplexen onderscheiden zich van wooncomplexen voor ouderen vanwege het feit dat er een zorggarantie is en anderzijds onderscheiden zij zich van intramurale zorginstellingen, doordat sprake is van zelfstandige woningen volgens de definities van volkshuisvesting, waarbij een contractuele scheiding is aangebracht tussen wonen en zorg. (Singelenberg, 2003: 5)

Kenmerkend voor woonzorgcomplexen is dat er geen standaardpakket met een standaardprijs is, maar een functioneel pakket afgestemd op de wensen en behoeften van de bewoner met een aan afname gerelateerde prijs. Er is met andere woorden sprake van een meer functioneel ingericht zorgaanbod. (Fabbricotti en Huijsman, 2000: 253).

Hoewel dit systeem voordelen heeft, zoals meer keuzevrijheid, en meer inzicht in de kosten van de zorg, waardoor dit kan leiden tot een bewuster gebruik van zorgvoorzieningen, zijn er ook nadelen. (Fabbricotti en Huijsman, 2000: 253) Het gevaar bestaat dat zorg indien deze nodig is, niet altijd gegarandeerd is. Het inzichtelijk maken van de kosten kan ook leiden tot onderconsumptie. Deze manier van zorgverlening zou mogelijk niet geschikt zijn voor zwaar zorgbehoevenden, die wellicht beter af zijn met een zorgvoorziening, waarin wonen en zorg nog steeds verbonden zijn. (Sanders, 1998)

Om het predikaat 'woonzorgcomplex' te verkrijgen moet een instelling voldoen aan de volgende criteria (Singelenberg, 2003: 5)

- 'Zelfstandige woningen': de woningen dienen te beschikken over een eigen voordeur met huisnummer, over een bel en brievenbus aan de openbare weg, over een eigen keuken waar volledige maaltijden kunnen worden bereid en over een eigen badkamer en toilet. Verder dienen de woningen over tenminste een aparte slaapkamer te beschikken.
- 'Bouwwijze gericht op beschermd wonen': de woningen dienen te voldoen aan de basiseisen uit het "handboek voor toegankelijkheid" en traploos toegankelijk te zijn; de geclusterde bouwwijze biedt sociale veiligheid, hetgeen b.v. tot uitdrukking komt in een collectieve ingang tot het complex met toezicht; voorts dient het complex de mogelijkheid tot sociale contacten te bieden, waarbij voorzien is in een ruimte die (o.a.) de functie heeft van ontmoetingsruimte 'Complexgewijs zorg- en dienstenarrangement': er zijn voor de bewoners van het complex afspraken gemaakt met een zorgaanbieder, voor het geval zich gezondheidsproblemen voordoen. In iedere woning bestaat de mogelijkheid van aansluiting op een alarmsysteem. Essentieel is dat in geval van nood hulp direct op gang komt en dat duidelijk is vastgelegd wie dit regelt. In het algemeen zal op gezette tijden in het complex een huismeester en/of een zorgcoördinator aanwezig zijn. Het aangeboden (facultatieve) dienstenarrangement omvat meer dan het in flatcomplexen gebruikelijke servicepakket (servicepluspakket).
- Contractuele scheiding tussen wonen, zorg en service: er zijn afzonderlijke huurcontracten, zorgcontracten en serviceabonnementen, waarbij de afname van zorg en van serviceplus niet zijn gekoppeld aan het huren van een woning.

In de praktijk zijn er vele wijzen van wonen, maar ook van zorgproducten die men heeft. Voorbeelden van wonen zijn seniorenwoningen, aanleunwoningen, kleinschalige woonvoorzieningen, en levensloopbestendige woningen. Kenmerkend van de laatste woonvorm is dat mensen er in principe tot hun dood, ongeacht de zorgbehoefte, kunnen blijven wonen. Voorbeelden van zorgvoorzieningen zijn logeerhuizen, dagbehandeling, dagverzorging en thuiszorg. Sommige woonzorgcomplexen leveren verzorgingshuiszorg, of zelfs ook verpleeghuiszorg. De zorg wordt meestal geleverd vanuit de thuiszorg, een verzorgingshuis, beiden, door een eigen zorgteam van het woonzorgcomplex of vanuit een verpleeghuis. De mate waarin zorg wordt geboden kan variëren. Daarom onderscheidt men ook wel tussen lichtere en zwaardere woonzorgcomplexen. Daarnaast zijn er woonzorgcomplexen waar de zorgcomponent eigenlijk te klein is (pseudo-woonzorgcomplexen) en woonzorgcomplexen die neigen naar een verzorgingshuis, omdat er geen echte scheiding is tussen wonen en zorg (pseudo-verzorgingshuis) (Singelenberg, 2003: 15 en 20)

Inmiddels zijn er ruim 1.000 zorginstellingen die als woonzorgcomplex kunnen worden gekwalificeerd. (Aedes en Arcares, 2001)

Naast woonzorgcomplexen zijn er ook oudere zorgvoorzieningen die ongeveer volgens het concept van een woonzorgcomplex werken, maar die bijvoorbeeld vanwege de omvang van de woonruimtes niet helemaal aan de kwalificaties genoemd. Zorgvoorzieningen van voor 1987 worden meestal zorgcentrum genoemd. (Klerk, 2001: 104-108)

#### **4.2.6 Kleinschalige woonvoorzieningen**

De enige zorgvorm in dit onderzoek die speciaal ontwikkeld is voor zorg aan psychogeriatrische patiënten betreft kleinschalige woonvoorzieningen. Het gaat om een betrekkelijk nieuwe zorgvorm die is ontstaan als reactie op het reguliere aanbodmodel van zorg. Kleinschalige woonvoorzieningen hebben meer aandacht voor de zorgvrager en gaat niet zozeer uit van een medisch model, zoals reguliere verpleeghuizen, maar legt het accent op de kwaliteit van leven. Er bestaat geen blauwdruk van de aard van de zorg die in kleinschalige woonvoorzieningen wordt geboden. Omdat het naast reguliere zorgconcepten als verpleeg- en verzorgingshuizen is ontstaan heeft men er op diverse plaatsen ook steeds een eigen invulling aan gegeven. Desondanks zijn er enkele gemeenschappelijke punten te onderscheiden. (Nouws, 2003)

1. Vraaggestuurde zorg

De zorgattitude staat centraal bij kleinschalige woonvoorzieningen. Van belang is dat er persoonsgericht en op maat wordt gewerkt. Stoelinga en Talma (2003: 22) wijzen er overigens in hun onderzoek op dat dit nog te weinig gebeurt. Door de structuur van de kleinschalige woonvoorzieningen (veelal één verzorgende per groep) kunnen uitgangspunten in de verdrukking komen en ongewenste routines weer de kop opsteken. Het is zaak aan te blijven sluiten bij individuele behoeftes van bewoners. De één stelt er bijvoorbeeld prijs op om een slaapkamer te delen met een andere bewoner en de ander niet. Ook in bezigheden kan er meer worden samengewerkt met bijvoorbeeld welzijn- of vrijwilligersactiviteiten in de omgeving.

2. Woonomgeving

Bij kleinschalige woonvoorzieningen is de zorg niet opgezet aan de hand van een medisch model, dat kijkt naar de ziekte en de aandoeningen, maar aan de hand een woonmodel waarin de mens centraal staat. Het doel is om mensen binnen dit concept op hun eigen manier inhoud te laten geven aan hun leven. Dat brengt onder meer met zich mee dat hun eigen beslissingen kunnen nemen, dat zij hun eigen spullen hebben, dat zij hun kleding kunnen kiezen, en hun kamerinrichting. Bewoners hebben hun eigen kamer en in hun woonomgeving wordt zoveel mogelijk een regulier huis nagebootst.

3. Kleinschaligheid

De cliënten wonen bij elkaar in groepen van zes tot ongeveer acht personen. Zes per-



sonen is de ideale groepssamenstelling, die is gebaseerd op een gezinsgrootte. Zes is volgens initiatiefnemers het aantal personen dat nog aan één eettafel geplaatst kan worden en aan wie zorg kan worden geboden door één persoon. De bovengrens van acht personen is niet hard; van belang is dat de doelstellingen van kleinschaligheid binnen de groepssamenstelling kunnen worden bereikt.

Meestal zijn verschillende groepswoningen bij elkaar geclusterd tot één voorziening. Ook hier geldt dat de clustering niet ten koste mag gaan van de principes van kleinschaligheid.

#### 4. Integrale zorg

Alle zorg, huishoudelijke activiteit en ondersteuning vindt plaats in de groep. Een voorbeeld is koken. Doel daarvan is het bewerkstelligen van huiselijkheid, hetgeen aan bewoners herkenbare prikkels geeft en daardoor bijdraagt aan de zorg. Kernwaarden in de zorg die geboden wordt zijn huiselijkheid, herkenbaarheid, overzichtelijkheid een eigen ervaringswereld, een veilige en vertrouwde omgeving, en zoveel mogelijk een 'normale' situatie nabootsen.

Binnen het reguliere zorgspectrum laten kleinschalige woonvoorzieningen zich eigenlijk niet indelen. Sommigen zijn geheel nieuw ontstaan. Anderen zijn voortgekomen uit verzorgingshuizen of verpleeghuizen. Qua opzet laten zij zich enigszins vergelijken met sociowoningen of gezinsvervangende tehuizen in de verstandelijk gehandicaptenzorg. (Krijger, 2003)

De medische zorg werd in de oorspronkelijke opzet verricht door huisartsen, met een verpleeghuisarts op de achtergrond die een consultfunctie had. Deze invulling bleek niet praktisch en bovendien blijken mensen in de praktijk niet zo te hechten aan het behoud van de eigen huisarts. Daarom is in de meeste situaties thans de verpleeghuisarts verantwoordelijk voor de medische zorg. (Fahrenfort, 2003: 14)

Sommige projecten maken bij het invullen van de zorg gebruik van de thuiszorg. Het grootste deel van het personeel wordt in de meeste projecten gevormd door verzorgenden. Sommige woonvoorzieningen maken gebruik met inrichtingswerkers vanuit de verstandelijk gehandicaptenzorg, omdat deze in hun opleiding meer mogelijkheden hebben meegekregen om een groep tot activiteiten te bewegen en om te gaan met ruzies en conflicten. (Fahrenfort, 2003: 15)

De werkwijze van verzorgenden in een kleinschalige woonvoorziening is wezenlijk anders dan die in reguliere zorgvoorzieningen. Met name met betrekking tot sociale vaardigheden wordt meer van verzorgenden verwacht, zo blijkt uit onderzoek. (Stoelinga en Talma, 2003: 19-20) Genoemd worden onder andere zelfstandigheid, flexibiliteit, taakintegretatie, communicatieve vaardigheden, en een 'thuiszorgattitude'. Er bestaat nog geen aparte opleiding voor het werken in een kleinschalige woonvoorziening. (Nouws, 2003: 6)

Zoals gezegd is er een grote variatie in de verschijningsvorm van kleinschalige woonvoorzieningen. Dit brengt met zich mee dat er ook een verscheidenheid is in het aanbod van zorg en de grenzen van de zorg die geboden kan worden. Sommige instellingen plaatsen bewoners over naar een verzorgings- of verpleeghuis, wanneer zij niet meer mobiel zijn of gedragsproblemen vertonen. Anderen begeleiden bewoners tot aan hun overlijden. (Fahrenfort, 2003: 16)

Er zijn aanwijzingen dat wonen in kleine groepen (8-12 personen) de cognitieve en functionele achteruitgang niet kan tegenhouden, maar dat de patiënten wel langer mobiel blijven en dat de frequentie en de ernst van gedragsverstoringen verminderen. Dat zou gepaard gaan met een vermindering van het psychofarmacagebruik en van toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen. De onderbouwing van dergelijke conclusies is zwak wegens het ontbreken van adequate controlegroepen. Desondanks stelt de Gezondheidsraad dat, ook zonder dat er robuuste wetenschappelijke effecten zijn aangetoond op de levenskwaliteit, er veel valt te zeggen voor kleinschaligheid, of die nu in aparte kleine eenheden of als kleine eenheden in een

groter verband worden gerealiseerd. Kleinschaligheid vergroot de overzichtelijkheid en is rustbevorderend. Dit zijn beide elementen die voor dementen van belang zijn om controle te houden op hun omgeving. De koppeling van een beperkt aantal vaste verzorgers aan kleine groepen patiënten heeft verder het voordeel dat beter zorg op maat geboden kan worden. Kleinschaligheid biedt verder de mogelijkheid om groepen te vormen van mensen die bij elkaar passen wat betreft achtergrond, belangstelling of ziektestadium. Tot slot noemt de Gezondheidsraad een prettiger werksfeer en het verzachten van het leed van familieleden als voordelen. (Gezondheidsraad, 2002: 140-141)

### **4.3 Verstandelijk gehandicaptenzorg**

#### **4.3.1 Achtergronden en algemene ontwikkelingen verstandelijk gehandicaptenzorg**

De hedendaagse visie op mensen met een verstandelijke beperking is dat het om volwaardige burgers gaat met dezelfde rechten en plichten als andere mensen. De tendens is om uit te gaan van wat iemand kan, in plaats van te benadrukken waar iemand niet tot in staat is. Omdat in de praktijk alleen gegevens bekend zijn over mensen met een verstandelijke handicap die gebruik maken van of bekend zijn bij voorzieningen, en bij deze groep niet de beperkingen de ingang vormen, maar de handicaps, wordt in dit rapport, evenals bij ander onderzoek (Klerk, 2002: 7) meestal gesproken over personen met een verstandelijke handicap in plaats van een verstandelijke beperking.

Tegen deze achtergrond wordt in dit rapport de volgende definitie van mensen met een verstandelijke handicap gehanteerd: mensen met een geringe intelligentie en beperkingen bij de sociale redzaamheid. Het niveau van intellectueel functioneren kent daarbij vier groepen: een licht verstandelijke handicap (IQ 50 tot 70); een matige verstandelijke handicap (IQ 35 tot 50); een ernstige verstandelijke handicap (IQ 20-35) en een diepe verstandelijke handicap (IQ lager dan 20). (American Psychiatric Association, 1998)

Er zijn ongeveer honderddrie tot honderdelfduizend verstandelijk gehandicapten in Nederland, waarvan ongeveer de helft met een lichte beperking (35-70). Ongeveer de helft van de verstandelijk gehandicapten woont ondersteund. (Evenhuis, 2002: 9, Kwartel, 2000)

Evenals in de psychogeriatric vindt als gevolg van substitutie, ook wel de-institutionalisering genoemd, een transitie plaats van intramurale naar semi- en extramurale zorg. Deze ontwikkeling is in de verstandelijk gehandicaptensector reeds langer gaande dan in de ouderenzorg en past tevens in het proces van 'normalisatie' van verstandelijk gehandicapten door kleinschalige woonvoorzieningen te creëren in de samenleving. (Boot en Knapen, 2001: 243) Net als in de psychogeriatric heeft zich in de verstandelijk gehandicaptenzorg een wijziging in de zorgvisie voorgedaan die tot gevolg heeft gehad dat zich ook een verandering in het zorgaanbod heeft voorgedaan.

Als gevolg van deze ontwikkelingen ontstaan er in toenemende mate verschillende transmurale voorzieningen die een scala aan dienstverlening aanbieden. (Klerk, 2002) Tegelijkertijd hebben de laatste jaren in de verstandelijk gehandicaptenzorg grootscheepse fusies plaatsgevonden, waardoor grote zorgconcerns die niet zelden het hele spectrum aan zorgproducten aanbieden, variërend van ambulante zorg, zoals thuiszorg en sociaal-pedagogische dienstverlening (SPD) tot intramurale zorg.

In de intramurale verstandelijk gehandicaptenzorg is de afgelopen decennia veel expertise opgedaan met betrekking tot medische zorg aan verstandelijk gehandicaptenzorg. De binnen de instituten opgebouwde deskundigheid en integrale medische zorg zijn continu, langdurig,

systematisch en multidisciplinair van aard. Juist door de oorspronkelijke concentratie van verstandelijk gehandicaptenzorg hebben de verschillende betrokken professionals zich kunnen ontwikkelen tot specialisten op dit terrein. Mede vanwege dit gegeven is de medische zorg aan verstandelijk gehandicapten sinds 2000 ook formeel tot een apart medisch specialisme verheven, te weten artsen voor verstandelijk gehandicapten (AVG). (Evenhuis, 2002: 18-20, Schols, 2002).

In de praktijk blijkt dat de multidisciplinaire expertise van de intramurale instellingen moeizaam is te deconcentreren. Schols wijst op een juiste balans tussen het behouden van deze opgebouwde medische expertise en de trend om te transmuraliseren. De doelen en idealen van het (zelfstandig) wonen en welzijn, hoe belangrijk ook, moeten die van de medische zorg niet verdrijven. Een juiste balans zou hier volgens hem kunnen zijn het volledig mee transmuraliseren met de zelfstandig wonende verstandelijk gehandicapten en het intramuraal blijven werken voor hen die op institutionele zorg blijven aangewezen. Een van de uitdagingen is daarbij het bereiken van een complementaire samenwerking tussen AVG en huisarts. (Schols, 2002)

Veel voorzieningen komen in de praktijk zowel voor volwassenen, kinderen als meervoudig gehandicapten voor. In overleg met het Ministerie is besloten de meervoudig gehandicapten niet als aparte groep in dit onderzoek te betrekken. Voor het overige zijn beide groepen zoveel mogelijk in het onderzoek betrokken.

Hieronder volgt een overzicht van voorzieningen waar de Wet Bopz niet van toepassing is.

### **4.3.2 Verstandelijk gehandicapten thuis**

Van de verstandelijk gehandicapten die thuis wonen is het merendeel licht verstandelijk gehandicapt. Thuis kan betekenen bij familie of (begeleid) zelfstandig wonend.

In paragraaf 4.2.2.1 werd de opzet en samenstelling van thuiszorgorganisaties reeds besproken. Een aantal thuiszorgorganisaties verleent tevens zorg aan verstandelijk gehandicapten. Soms gebeurt dit ter behandeling van een aandoening, soms vanwege hun verstandelijke handicap. Een aantal thuiszorginstellingen heeft speciale zorgproducten gericht op mensen met een verstandelijke handicap, bijvoorbeeld in samenwerking met gezinsvervangende tehuizen. Desondanks is het aantal mensen met een verstandelijke handicap dat zorg thuis ontvangt niet groot, (Huybrechts, 1987), al bestaat de mogelijkheid dat dit aantal door de deïstitutionalisering toeneemt. (Evenhuis, 2002)

Tijdens dit onderzoek bleek dat verschillende zorgconcerns, ook specialistische thuiszorg aan verstandelijk gehandicapten leveren. In dit stadium was het echter te laat om daar nog specifiek aandacht aan te besteden, zodat uitspraken hierover slechts in het onderzoek zijn verwerkt, voor zover dit in interviews met personen die hiermee te maken hadden ter sprake kwam.

### **4.3.3 Logeerhuizen**

Kort verblijf- of logeerhuizen bieden tijdelijke, gemiddeld voor 50 dagen, huisvesting met verzorging aan verstandelijk gehandicapten die (bij hun ouders) thuis wonen. Deze huisvesting wordt vaak als overbrugging naar een definitieve uithuisplaatsing, maar ook als tijdelijke opvang geboden. Sinds 1998 worden ze tot de intramurale zorginstellingen gerekend, daarvoor werden ze als semi-murale voorzieningen beschouwd. Volgens Boot en Knapen (2001: 237) zijn er minder dan tien logeerhuizen in Nederland. Bij het Ministerie van VWS zijn tien adressen bekend, behorende tot vijf zorgconcerns. De opnameleeftijd ligt in het algemeen tussen de zeven en dertig jaar, maar ook ouderen kunnen worden opgenomen.

### **4.3.4 Huisartsen en ziekenhuizen**

Uit onderzoek is gebleken dat verstandelijk gehandicapten bijzondere gezondheidsrisico's

hebben vanwege aan verstandelijke beperkingen gebonden aandoeningen en communicatieproblemen. Daarnaast zijn er epidemiologische verschillen: vanwege aanwezigheid van syndromen, neurologische schade, leefstijl en omgevingsfactoren komen bepaalde aandoeningen zoals motorische beperkingen en epilepsie bij mensen met een verstandelijke handicap in verhoogde mate voor. Het tijdig opsporen en behandelen van deze aandoeningen wordt bemoeilijkt doordat veel verstandelijk gehandicapten hun klachten niet onder woorden kunnen brengen en niet goed mee kunnen werken bij de diagnostiek en behandeling. Verder lopen zelfstandig wonende verstandelijk gehandicapten meer risico op een ongezonde leefstijl. Oorzaken daarvan zijn onder andere weinig lichaamsbeweging, roken, overgewicht en seksueel riskant gedrag. (Evenhuis, 2002: 21-35)

Deze speciale aspecten vragen om een specifieke (para)medische benadering, terwijl de reguliere gezondheidszorg eerder wordt gekenmerkt door belemmeringen en leemtes bij de diagnostiek en behandeling van verstandelijk gehandicapten. Oorzaak daarvan is het feit dat de reguliere gezondheidszorg nog onvoldoende toegerust is om met de specifieke hulpvraag van verstandelijk gehandicapten om te gaan. Ondanks het hoge peil van de medische zorg worden aandoeningen bij verstandelijk gehandicapten niet of vertraagd gediagnosticeerd en inadequaat of helemaal niet behandeld, met als gevolg onder andere zaken als vermijdbare pijn en extra belemmeringen in het functioneren.

Tekortkomingen zijn er vooral op het gebied van diagnostiek en behandeling van de oorzaak van de verstandelijke beperking, lichamelijke aandoeningen, psychiatrische- en gedragsproblemen. Daarnaast is er inadequate of onvoldoende controle op het gebruik van chronische medicatie, ondersteuning van communicatie en gecoördineerde multidisciplinaire aanpak. (Evenhuis, 2002: 36-72)

Belemmeringen voor ziekenhuisspecialismen zijn vooral onwennigheid, communicatieproblemen, te weinig consulttijd, het nog onvoldoende gebruik maken van aangepaste diagnostische methoden en het nog niet genoeg bundelen van de kennis van meerdere specialismes. Door onvoldoende wetenschappelijk onderbouwde specifieke kennis en organisatorische problemen (wachttijsten, onduidelijke sociale kaart en verwijscriteria etc.) bestaan er ook op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg voor verstandelijk gehandicapten veel belemmeringen (Evenhuis, 2002: 36-72).

Vooralsnog zijn huisartsen onvoldoende toegerust en missen veelal de expertise met betrekking tot de behandeling van en het omgaan met verstandelijk gehandicapten. Ook regulier werkzame paramedici en tandartsen hebben niet in alle gevallen voldoende expertise of voeling met deze doelgroep. (Evenhuis, 2002: 36-72) In de huidige situatie wordt de medische zorg in verkleinde en uiteengevallen instituten veelal nog geleverd door AVG. In toenemende mate worden echter lokaal werkzame huisartsen ingeschakeld voor de 'gewone' 24-uurs zorg. De AGV blijft dan beschikbaar voor specifieke hulpvragen, advisering over preventieve taken, het opstellen van een behandelplan, het verrichten van screenings en multidisciplinair en ethisch overleg en vervult daarmee eenzelfde consultatierol als verpleeghuisartsen in bijvoorbeeld verzorgingshuizen, woonzorgcomplexen, kleinschalige woonvoorzieningen en thuiszorg. (Schols, 2002)

Huisartsen en ziekenhuizen vervullen normaalgesproken in de meeste gevallen dus nog geen speciale rol in de zorg voor verstandelijk gehandicapten. Toch zijn zij meegenomen in het onderzoek naar toepassingen van vrijheidsbeperkingen bij deze cliëntengroep. Huisartsen vervullen immers een spilfunctie in de zorg en kunnen vanuit die rol eerder op de hoogte zijn van toepassingen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Bij ziekenhuizen kunnen vrijheidsbeperkingen bij verstandelijk gehandicapten wellicht vaker dan bij andere patiënten noodzakelijk zijn, wanneer zij voor een reguliere aandoening behandeld worden. Daarenboven kan ook de hiervoor geschetste problematiek er debet aan zijn dat vrijheidsbeperkingen bij verstandelijk

gehandicapten bij reguliere zorgaanbieders vaker worden toegepast.

#### **4.3.5 Gezinsvervangende tehuizen**

Een gezinsvervangend tehuis (GVT) is een in een gewone woonwijk geplaatste voorziening. GVT's vallen onder semi-murale woonvoorzieningen en bieden in beginsel ondersteuning bij wonen van 'vijf tot negen'. Veelal hebben bewoners van negen tot vijf bezigheden elders, zoals bij dagbestedingscentra. Een gezinsvervangend tehuis is een verzamelnaam voor wonend in de dependance of hoofdlocatie van een gezinsvervangend tehuis, of intensief begeleid zelfstandig wonen. In het algemeen is een gezinsvervangend tehuis een in een gewone woonwijk geplaatste voorziening. Veel GVT's hebben dependances, die kleinschaliger van opzet zijn. Ook worden projecten voor intensief begeleid zelfstandig wonen vanuit GVT's ondersteund. Een GVT biedt de bewoners huisvesting, verzorging en begeleiding, maar geen verpleging.

Enkele statistische gegevens ten aanzien van de bewoners zijn: de gemiddelde verblijfsduur is 11 jaar, 32% woont langer dan vijftien jaar in een GVT; er zijn nauwelijks bewoners met een ernstige verstandelijke handicap; de meesten zijn licht of matig verstandelijk gehandicapt. Bijna de helft van de bewoners maakt gebruik van een dagverblijf voor volwassenen; 28% werkt in een sociale werkplaats. 10% heeft geen enkele vorm van dagbesteding. (Klerk, 2002: 211, Kwartel, 2000:, Prismant, 2002a: 97, Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 2002: 10). Volgens het statistisch jaarboek verblijven 36.000 mensen in een gezinsvervangend tehuis. ("Besluit zorgaanpak AWBZ. Nota van toelichting," 2002)

De capaciteit van GVT's is tussen 1980 en 2000 verdubbeld. Bij het Ministerie van VWS waren bij de aanvang van dit onderzoek 586 locaties van gezinsvervangende tehuizen voor oudere verstandelijk gehandicapten bekend en 20 tehuizen voor verstandelijk gehandicapte kinderen. Desondanks is er nog altijd een tekort aan woonvoorzieningen voor verstandelijk gehandicapten. In 1999 wachtte 43% van degenen die op een wachtlijst stonden langer dan twee jaar op plaatsing.

Sociowoningen zijn woonvormen die binnen en vanuit intramurale inrichtingen ontwikkeld zijn. In deze woonvormen vormen tien tot twintig bewoners een gemeenschap in de beschermde omgeving van intramurale zorgvoorzieningen, maar met meer zelfstandigheid en leefruimte dan in de intramurale instelling zelf. Daarnaast worden nog fasehuizen onderscheiden. Dit zijn woonhuizen buiten de inrichting, gelegen in de nabijheid van dagopvangvoorzieningen. Het doel van fasehuizen is het dichterbij brengen van verstandelijk gehandicapten naar de maatschappij. Volgens Boot en Knapen (2001: 236-237) wordt de term sociowoning of fasehuis tegenwoordig niet meer gebruikt, omdat de inhoud van de zorg niet verschilt van die van gezinsvervangende tehuizen. In het onderzoek zijn deze daarom niet apart meegenomen.

#### **4.3.6 Dagverblijven**

Voorzieningen voor dagbesteding en dagopvang zijn erop gericht aan hun cliënten een zinvolle dagbesteding aan te bieden. Het kan gaan om enkelvoudige, ontwikkelingsgerichte, vormende en arbeidsmatige activiteiten, arbeidsinpassing en verlengde dagopvang. Bij de functie dagbesteding wordt een onderscheid gemaakt tussen dagverblijven voor kinderen (KDV) en volwassenen (dagverblijven voor ouderen: DVO). Er zijn 127 kinderdagverblijven en ruim 400 dagverblijven voor ouderen.

Opvallend in de spreiding van voorzieningen voor dagbesteding is dat het noordoosten van het land relatief meer dagbestedingsplaatsen heeft dan de rest van Nederland.

De vraag naar dagbesteding is de laatste jaren gestegen. Ook hier wacht 35% van degenen die op de wachtlijst staan langer dan twee jaar. 51% van de mensen die gebruik maken van dagbesteding woont in een gezinsvervangend tehuis en 40% woont thuis. De overigen verblijven intramuraal. De gemiddelde leeftijd is 40 jaar. De meeste hebben een lichte of matige verstandelijke handicap. 10% is ernstig gehandicapt. 32% heeft dagbesteding zonder arbeids-

matig karakter. (Kwartel, 2000: 41-56, Prismant, 2002a: 97)

Ook DVO's maken een proces van normalisatie door. Er zijn steeds meer projecten beschikbaar voor mensen met een verstandelijke handicap op de reguliere arbeidsmarkt. (Boot en Knapen, 2001: 238)

Bij dagverblijven voor kinderen is de gemiddelde leeftijd zeven jaar; 59% heeft een zeer ernstig verstandelijke handicap; 553% is meervoudig gehandicapt. Naast het dagverblijf maakt 6% ook gebruik van een onderwijsvoorziening. De meeste cliënten die het dagverblijf verlaten gaan naar speciaal onderwijs. (Kwartel, 2000: 41-56, Prismant, 2002a: 97)

### **4.3.7 Sociaal pedagogische diensten (SPD)**

SPD's houden zich bezig met maatschappelijk werk en zorgconsulentschap, praktische pedagogische gezinsbegeleiding (ook wel vroeghulp genoemd), begeleid zelfstandig wonen, en arbeidsintegratie. (Kwartel, 2000: 41-46) Anders dan de huidige taken zoals therapeutische hulpverlening en langdurige begeleiding zullen de SPD-en zich in de toekomst vooral richten op niet-geïndiceerde laagdrempelige dienstverlening. (Prismant, 2002a: 93)

### **4.3.8 Overig**

Naast bovengenoemde voorzieningen bestaat nog beschermd wonen en begeleid zelfstandig wonen. Beschermd wonen is een zorgvorm die wat betreft zorgzwaarte gesitueerd moet worden tussen het gezinsvervangend tehuis en volledig zelfstandig wonen. Bij begeleid zelfstandig wonen functioneert de verstandelijk gehandicapte zelfstandig, maar kan wel periodiek ondersteuning ontvangen, afhankelijk van de zorgbehoefte. Deze ondersteuning vindt plaats vanuit gezinsvervangende tehuizen, en/of sociaal pedagogische diensten, maar soms ook vanuit daartoe speciaal opgerichte samenwerkingsprojecten. (Boot en Knapen, 2001: 240) Oriënterende interviews gaven geen aanleiding om in deze woonvoorzieningen nader onderzoek te doen naar toepassingen van vrijheidsbeperkingen, zodat deze verder buiten beschouwing blijven.

## **4.4 Indicatiestelling**

Indicatiestelling vormt een belangrijk onderdeel van de wijze waarop de zorg/begeleiding wordt zowel in de psychogeriatric/ouderenzorg als in de verstandelijk gehandicaptenzorg georganiseerd. Per 1 januari 2003 is de indicatiestelling van veel zorgvoorzieningen bij de Regionale Indicatieorganen (RIO's) ondergebracht om een uniforme, onafhankelijke, integrale en objectieve indicatiestelling te waarborgen.

De RIO's zijn in 1998 geïntroduceerd door middel van het Zorgindicatiebesluit en vervingen vele voorgaande indicatieorganen. Er zijn 85 RIO's verdeeld over 35 (Awbz-)Zorgkantoren. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor oprichting, werking etc. van RIO's. Een indicatie van het RIO is verplicht voor Awbz-, maar niet vooralsnog verplicht voor gemeentelijke voorzieningen, zoals de voorzieningen op basis van de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG), ten behoeve van wonen en welzijn. Sinds de introductie, maar met name de laatste jaren heeft het RIO een aantal ingrijpende wijzigingen ondergaan.

Sinds januari 2002 zijn RIO's formeel verantwoordelijk voor de indicatiestelling in de gehandicaptenzorg. Tot deze tijd werd de indicatiestelling in de gehandicaptenzorg door het Landelijk Centrum Indicatiestelling Gehandicaptenzorg (LCIG) gedaan. Tot en met 2005 heeft het LCIG nog een adviesfunctie. Per 1 januari 2003 gingen ook de LZA-commissies (indicatiecommissies in de geestelijke gezondheidszorg) op in de RIO's, waarmee de indicatiestelling in de GGZ (voor een totale behandelduur van 2 jaar of meer) ook onder het RIO is gebracht.

#### 4.4.1 Functiegericht indiceren

Sinds 1 april 2003 is de vereenvoudigde AWBZ-brede regeling voor het persoonsgebonden budget in werking getreden. Deze regeling brengt met zich mee dat organisaties vanaf nu ook AWBZ-breed zorg kunnen gaan leveren. Daartoe is het Besluit zorgaanspraken (Bza) gewijzigd. Met dit besluit wordt een nieuwe stap gezet in het bereiken van de doelstellingen die met de modernisering van de AWBZ worden nagestreefd. Naast het realiseren van meer keuzevrijheid zijn dit het creëren van meer keuzemogelijkheden en meer zeggenschap door de verzekerde. Een andere doelstelling ligt op het terrein van de deregulering, de beperking van de administratieve lasten en het versterken van de rechten en plichten van de verzekerden, zorgaanbieders en verzekeraars in de AWBZ. ("Besluit zorgaanspraken AWBZ. Nota van toelichting," 2002) Deze wijziging brengt met zich mee dat aanspraken vanaf 1 april niet meer instellingsgebonden zijn, maar dat deze in zeven functies worden aangeduid (zie art. 1 Bza), te weten:

1. Huishoudelijke verzorging  
Hierbij gaat het om het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen. (art. 3 Bza)
2. Persoonlijke verzorging  
Hierbij gaat het om het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de algemene dagelijkse levensverrichtingen. Daaronder valt ook zorg die in directe relatie staat tot de persoonlijke verzorging. Ook het stimuleren van de zelfredzaamheid en het zo mogelijk aanleren van ADL-activiteiten behoort tot deze functie. (art. 4 Bza)
3. Verpleging  
Bij verpleging gaat het om het herkennen en analyseren van gezondheidsproblemen en het uitvoeren van de daarmee samenhangende verpleegtechnische handelingen. Ook omvat het onderzoek naar de gezondheid, alsmede het geven van advies, instructie en voorlichting over hoe om te gaan met ziekte, preventie en hulpmiddelen en dergelijke. (art. 5 Bza)
4. Ondersteunende begeleiding  
Ondersteunende begeleiding neemt de aandoening, beperking of handicap voor gegeven aan en bouwt voort op de (rest)mogelijkheden van de verzekerde. Het gaat om activiteiten die de verzekerde ondersteunen bij zijn dagindeling en zijn participatie in de maatschappij bevorderen. Deze zorg kan zowel individueel als in groepsverband geboden worden, afhankelijk van de situatie. Het gaat hierbij ook om dag- of nachtopvang in een instelling. (art. 6 Bza)
5. Activerende begeleiding  
Activerende begeleiding neemt de aandoening, beperking of handicap juist niet voor gegeven aan, maar grijpt daarop in. Met activerende begeleiding wordt de verzekerde geleerd om te gaan met de (gevolgen van de) aandoening, beperking of handicap. (art. 7 Bza)
6. Behandeling  
Hierbij gaat het om behandeling van medisch-specialistische, gedragswetenschappelijke of specialistisch-paramedische aard, gericht op herstel of voorkoming van verergering van een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening, een verstandelijke lichamelijke of zintuiglijke handicap, te verlenen door een instelling of door een psychiater of zenuwarts. (art. 8 Bza)
7. Verblijf  
Bij verblijf wordt de verzekerde een therapeutische of beschermende leefomgeving geboden waarin toezicht beschikbaar is. Het verblijf kan tijdelijk of duurzaam zijn. (art. 9 Bza) Een verzekerde kan geen indicatiebesluit voor verblijf krijgen, als hij ook niet voor een of meer van de andere functies geïndiceerd wordt. Dientengevolge vermeldt de no-

ta van toelichting bij deze bepaling dat het altijd om een instelling moet gaan die voor meer functies dan alleen verblijf is toegelaten. Verder gaat de nota in op het feit dat deze functie niet de dagzorg of de dag- en nachtopvang omvat. 'Logeren' in de zin van dat de verzekerde dag en nacht in de instelling verblijft valt dan wel onder art. 9, terwijl 'logeren' louter als nachtopvang onder begeleiding valt. Huishoudelijke verzorging maakt onderdeel uit van het verblijf; hier hoeft dus geen aparte indicatie meer voor te worden verkregen.

Ook de indicatie gebeurt vanaf 1 april 2003 in deze functies. De zorgzwaarte wordt daarbij in klassen aangegeven. Aldus kan het zorgkantoor voor iemand de omvang van het persoonsgebonden budget bepalen. Daarnaast kan iemand ook nog steeds kiezen voor zorg in natura. De huidige bekostigingssystematiek voor zorg in natura blijft voor 2003 gehandhaafd. Er worden echter wel voorbereidingen getroffen voor een bekostigingssystematiek op basis van de functies. (CVZ, 2003)

Indicatieorganen stellen dus vast of een verzekerde naar aard, inhoud en omvang op de aangevraagde AWBZ-zorg is aangewezen. Zij inventariseren de zorgbehoefte van de verzekerde, en geven daarbij aan voor welke functie(s) de verzekerde in aanmerking komt. Vervolgens kan de verzekerde ervoor kiezen zich ofwel bij een zorgaanbieder te melden om zijn zorgvraag om te zetten in daadwerkelijke zorg, ofwel hij kan zich melden bij het zorgkantoor voor aanvragen van een persoonsgebonden budget. (CVZ, 2003)

Er is gekozen voor het omschrijven van zorgaanspraken in functies, zo blijkt uit de nota van toelichting bij het Besluit zorgaanspraken, omdat op deze manier de zorgvrager zich niet steeds opnieuw hoeft te laten indiceren als hij van een ander product gebruik gaat maken. ("Besluit zorgaanspraken AWBZ. Nota van toelichting," 2002) Hij moet zich echter wel opnieuw laten indiceren als de zorgbehoefte zodanig verandert dat hij gebruik moet gaan maken van andere functies. (Ministerie Volksgezondheid Welzijn en Sport, 2003)

#### **4.4.2 Gevolgen voor instellingen**

In de functiegerichte benadering wordt ook de vergunning of de toelating van instellingen afhankelijk van functies. Daarbij hebben instellingen de keuze zich te richten op alle functies, maar kunnen zij zich ook toeleggen op slechts één of enkele. Het idee daarbij is dat daarmee een grote diversiteit van aanbieders mogelijk is, waarmee de keuzemogelijkheden voor verzekerden worden vergroot. Door het laten vervallen van de sectoren (ontschotting) kunnen bestaande aanbieders bovendien ook in andere sectoren zorg gaan bieden. ("Besluit zorgaanspraken AWBZ. Nota van toelichting," 2002)

In de toekomst zal ook de bekostiging functiegericht plaatsvinden. De producten zullen dan zonder eerst de stap naar de overheid of het CTG te maken steeds kunnen worden aangepast. Met bovengenoemde flexibilisering zijn zorgaanbieders voor het aanbieden van zorgvormen niet meer afhankelijk van bepaalde instituties, zoals meerzorg of intramurale verstandelijk gehandicaptenzorg. Verpleeghuiszorg kan dan bijvoorbeeld ook op het eigen appartement worden geleverd, mits dit op een verantwoorde wijze kan worden georganiseerd.

Problemen ontstaan echter wanneer een psychogeriatrische patiënt of een verstandelijk gehandicapte een Bopz-indicatie, of anderszins een Bopz-status heeft. Ingevolge de huidige regelgeving kan een Bopz-indicatie voor mensen die reeds in de instelling verblijven aan de orde komen, wanneer vrijheidsbeperkingen noodzakelijk zijn. Een knelpunt dat zich daarbij voordoet is dat door de toepassing van vrijheidsbeperkingen afhankelijk te stellen van een Bopz-indicatie en een verblijf op een speciale daartoe aangemerkte plaats, deze indirect toch een zorgindicatie verwordt die bepaalt waar men moet wonen/verblijven. Dit is in strijd met het beleid dat met de herzieningen van de AWBZ wordt nagestreefd, dat de plaats waar men woont juist niet bepalend moet zijn voor welke zorg men ontvangt.



## 4.5 Conclusie

In dit hoofdstuk zijn de belangrijkste zorgvoorzieningen waar de Wet Bopz niet van toepassing is besproken, voor zowel psychogeriatrische patiënten, als voor verstandelijk gehandicapten. De literatuurstudie die aan deze beschrijving voorafging, vormde de belangrijkste grondslag voor de selectie van zorgaanbieders die ten behoeve van dit onderzoek benaderd zijn. Voor psychogeriatrische patiënten zijn dat achtereenvolgens (reguliere en commerciële) thuiszorginstellingen, ziekenhuizen, huisartsen, woonzorgcomplexen en kleinschalige woonvoorzieningen. Voor de verstandelijk gehandicaptenzorg zijn dat eveneens thuiszorg, ziekenhuizen en huisartsen en daarnaast logeerhuizen, (kinder)gezinsvervangende tehuizen, dagverblijven voor ouderen en dagverblijven voor kinderen. Daarnaast zijn ten behoeve van deze laatste cliënten-groep ook SPD's benaderd vanuit de verwachting, dat zij vanuit hun positie als zorgconsulent dikwijls een beeld zouden hebben van plaatsen waar vrijheidsbeperkende maatregelen zouden worden toegepast.

Ook zijn oriënterende interviews gehouden met de indicatieorganen, RIO en LCIG, net als bij SPD's vanuit de gedachte dat deze organisaties op de hoogte zijn van de zorgbehoefte van cliënten en de daarmee gepaard gaande noodzaak voor zorgaanbieders om vrijheidsbeperkingen toe te passen.

Tot slot werd kort ingegaan op nieuwe ontwikkelingen in de zorg, met betrekking tot het omschakelen van aanbodgestuurde naar vraaggestuurde zorg, en de daarmee gepaard gaande herzieningen van de AWBZ. Gesteld werd dat het feit dat het toepassen van vrijheidsbeperkingen in het huidige systeem een door zorgverleners gevoelde noodzaak van een Bopz-status voor cliënten snel naderbij brengt. Aangezien de Wet Bopz uitsluitend op daartoe aangemerkte plaatsen van toepassing is, heeft een Bopz-status tot gevolg dat cliënten dientengevolge ook op die plaatsen moeten verblijven, hetgeen niet strookt met de doelstellingen van de herzieningen van de AWBZ.

# 5

## Analyse respons

Teneinde een uitspraak te kunnen doen over het kwantitatieve gedeelte is het van belang de respons nader te analyseren. Ten behoeve van deze analyse zijn, zoals in de beschrijving van de onderzoeksmethoden reeds werd aangegeven, twee vragenlijsten ontworpen. De eerste, de grote enquête, bevatte enkele vragen ten behoeve van het analyseren van de respons over de aard van de organisatie en over degene die de vragenlijst invulde. Deze gegevens zijn relevant teneinde de betrouwbaarheid van het onderzoek vast te kunnen stellen. Daarnaast is een non-responsenquête gehouden, waarmee een indruk kon worden verkregen van de populatie die de grote vragenlijst niet retourneerde. Dit wordt behandeld in paragraaf 5.2. Door middel van enkele kernvragen kon bovendien over deze groep ook enige inhoudelijke informatie worden verkregen. In paragraaf 5.1 wordt ingegaan op de respons. Paragraaf 5.3 gaat in op specifieke informatie over ziekenhuisafdelingen.

### 5.1 Respons

In onderstaande tabel is weergegeven hoeveel vragenlijsten er verstuurd zijn en hoeveel reacties er uiteindelijk werden ontvangen. De percentages in de laatste kolom vermelden het totaal aan reacties.

**Tabel 5-1 respons enquête, in aantallen en percentages**

	Aantallen verstuurd	Reactie grote vragenlijst		Reactie non- respons		Totaal aantal reacties	
	N	N	%	N	%	N	%
Woonzorgcomplexen	187	84	44,9	34	18,2	118	63,1
Kleinsch. Woonvormen	39	28	71,8	6	15,4	34	87,2
Reguliere thuiszorg	100	76	76,0	19	19,0	95	95,0
Commerciële thuiszorg	55	14	25,5	24	43,6	38	69,1
Huisartsen	298	80	26,8	99	33,2	179	60,1
Ziekenhuisafdelingen*	770	255	33,1	189	24,5	444	57,7
GVT's ouderen	190	63	33,2	37	19,5	100	52,6
GVT's kinderen	21	9	42,9	5	23,8	14	66,7
Dagverblijven ouderen	169	47	27,8	31	18,3	78	46,2
Dagverblijven kinderen	127	54	42,5	22	17,3	76	59,8
Logeer-/kortverblijfhuizen	10	7	70,0	0	0,0	7	70,0
SPD's	45	18	40,0	14	31,1	32	71,1
Onbekend		29		0		29	1,4

Totaal	2011	764	38,0	479	23,8	1243	61,8
--------	------	-----	------	-----	------	------	------

**\* Het totaal aantal benaderde ziekenhuislocaties betrof 148. Van deze ziekenhuizen is van 144 een reactie ontvangen, waardoor de respons over de ziekenhuizen als geheel 97,3% betrof.**

In totaal is dus 38% een grote vragenlijst ontvangen, terwijl daarnaast bijna 24% van de instellingen de non-respons-enquête invulde. Over het geheel gezien heeft ruim 60% van de zorgaanbieders gereageerd. Opvallende verschillen in de reacties op de grote vragenlijst en de non-respons-enquête doen zich voor bij thuiszorginstellingen. Commerciële thuiszorginstellingen hebben verhoudingsgewijs veel meer op de non-responsenquête gereageerd dan op de grote vragenlijst. In de reguliere thuiszorg is dit juist omgekeerd. In de reacties op de grote vragenlijst maken de commerciële zorginstellingen een dermate klein deel uit van het totale aantal thuiszorginstellingen dat de thuiszorginstellingen als één groep zijn meegenomen. Slechts bij enkele vragen waar het onderscheid mogelijk interessant is, zijn zij als aparte groepen behandeld. Hetzelfde geldt voor gezinsvervangende tehuizen voor kinderen, waar het aantal eveneens te klein is om harde uitspraken over te kunnen doen.

Eén van de onderdelen van de grote enquête handelde over de vraag of de zorgaanbieder een Bopz-aanmerking had. Een aantal zorgaanbieders beantwoordde deze vraag bevestigend. Van zes ziekenhuisafdelingen, veertien thuiszorginstellingen, één SPD, en zes kleinschalige woonvoorzieningen bleek na screening dat dit inderdaad het geval was en dat deze het resultaat zozeer zouden vertekenen dat zij in de analyse niet meegenomen zijn. Waarschijnlijk werden deze vragenlijsten, omdat de bedoeling ervan verkeerd begrepen werd, binnen de organisatie waar de zorgaanbieder deel van uitmaakte doorgezonden naar een plek waar men meer affiniteit heeft met vrijheidsbeperkende maatregelen.

Van 29 geretourneerde vragenlijsten was het codenummer verwijderd, waardoor niet meer achterhaald kon worden van welke zorgaanbieder deze afkomstig waren. Deze zijn ook niet in de analyse meegenomen.

Voorts werden 140 vragenlijsten beperkt ingevuld, meestal vanwege het feit dat geen zorg werd verleend aan beide doelgroepen, of omdat geen vrijheidsbeperkende maatregelen werden toegepast. Voor de kwantitatieve analyse is derhalve bij de meeste onderwerpen gewerkt met 558 respondenten die vrijwel allemaal vrijheidsbeperkende maatregelen toepassen.

Bij het onderzoek naar welke respondent de vragenlijst invulde deden zich geen aanwijzingen voor dat de enquête werd ingevuld door 'onbetrouwbare' respondenten.

## 5.2 Verklaring non-respons

De non-responsvragenlijst bevatte een aantal vragen teneinde te kunnen achterhalen of een specifieke groep niet op de grote vragenlijst heeft gereageerd. Voor vrijwel alle zorgaanbieders geldt dat dit inderdaad het geval is. Een aanzienlijk percentage blijkt niet of nauwelijks patiënten uit één van de doelgroepen te hebben, dan wel vrijheidsbeperkingen toe te passen.

Voor de zorgaanbieders totaal ziet de verdeling er als volgt uit:

**Tabel 5-2 Verklaring non-respons in aantallen en percentage**

Zorgaanbieder	N	Niet/weinig doelgroep		Niet/weinig vbm		Geen administratie		Overig	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Woonzorgcomplexen	34	19	55,9	16	47,1	1	2,9	10	29,4
Kleinsch. woonvormen	6	1	16,7	4	66,7	6	100,0	8	133,3
Reguliere thuiszorg	19	12	63,2	8	42,1	2	10,5	4	21,1
Commerciële thuiszorg	24	19	79,2	8	33,3	4	16,7	7	29,2
Huisarts	100	54	54,0	35	35,0	19	19,0	78	78,0
Ziekenhuisafdelingen	189	137	72,5	74	39,2	40	21,2	87	46,0
GVT ouderen	38	4	10,5	36	94,7	1	2,6	11	28,9
GVT kinderen	3	0	0	2	66,7	0	0,0	3	100,0
SPD	14	2	14,3	11	78,6	3	21,4	4	28,6
Dagverblijven ouderen	31	2	6,5	26	83,9	0	0,0	10	32,3
Dagverblijven kinderen	22	3	13,6	12	54,5	22	100,0	32	145,5
Totaal	480	253	52,7	232	48,3	98	20,4	196	40,8

De totalen kunnen niet bij elkaar opgeteld worden, omdat respondenten meerdere antwoorden konden aankruisen.

Een vijfde van alle respondenten meldt dat de administratie onvoldoende is gericht op het kunnen overleggen van cijfers met betrekking tot toepassingen van vrijheidsbeperkende maatregelen die plaatsvinden. Een aanzienlijk aantal grote vragenlijsten is voorts niet geretourneerd vanwege het feit dat er weinig of geen zorg wordt geboden aan verstandelijk gehandicapte en/of psychogeriatrische cliënten, of omdat er weinig of geen vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast. Onder 'overig' konden respondenten onder andere als reden invullen dat er geen tijd om de vragenlijst was in te vullen, dat de enquête was doorgestuurd, of dat de vragenlijst te uitgebreid of te onduidelijk was. Het merendeel van de respondenten die 'overig' heeft ingevuld, stelde geen tijd te hebben om de vragenlijst in te vullen. Met name onder huisartsen betrof dit een aanzienlijk aantal (45%). Daarnaast bevonden zich onder deze groep opvallend veel artsen die niet meer praktiseerden (13%).

Opvallend in bovenstaande tabel is voorts dat vier GVT's voor ouderen en vijf dagverblijven hebben opgegeven geen verstandelijk gehandicapte cliënten te hebben. Deze zorgaanbieders hebben ofwel de vraag onjuist ingevuld, ofwel zij staan onterecht op de lijst van VWS van gezinsvervangende tehuizen, respectievelijk dagverblijven.

Van belang is te weten of de groepen die niet gereageerd hebben op de grote vragenlijst een vertekening kunnen geven van de resultaten. Dat is met name mogelijk bij de vragen die betrekking hebben op de vraag of zorg wordt verleend aan de doelgroepen en in hoeverre de zorgaanbieder vrijheidsbeperkende maatregelen toepast. Voor alle respondentengroepen is dit afzonderlijk bekeken. Bij vrijwel alle groepen hebben duidelijk meer respondenten de niet op de grote vragenlijst gereageerd, omdat zij geen zorg verlenen aan de doelgroepen. Dit was alleen niet het geval bij gezinsvervangende tehuizen voor kinderen en ouderen, logeerhuizen, dagverblijven voor ouderen en kinderdagverblijven (verschillen <2%). De verschillen bedragen 10% bij huisartsen en commerciële thuiszorgorganisaties tot ruim 40% bij woonzorgcomplexen. Bij ziekenhuisafdelingen ging het om een verschil van 15%.

Van degenen die wel met de doelgroepen werken heeft een groot gedeelte niet gereageerd, omdat zij geen vrijheidsbeperkende maatregelen zeggen toe te passen. Dit percentage is bij de meeste respondentengroepen uit de non-responsgroep eveneens beduidend groter dan bij degenen die wel op de vragenlijst hebben gereageerd. Dit is alleen niet het geval bij kinderdagverblijven en logeerhuizen. De percentageverschillen variëren van iets minder dan 10% bij

ziekenhuisafdelingen tot 40% bij huisartsen.

### 5.2.1 Conclusie

De conclusie luidt derhalve dat de resultaten van de grote vragenlijst met name waar het gaat om de vraag in hoeverre de zorgaanbieders zorg verlenen aan psychogeriatrische patiënten en/of verstandelijk gehandicapten en het vóórkomen van vrijheidsbeperkingen bij de beide cliëntengroepen een vertekening kunnen geven. Daarom is er bij deze vragen voor gekozen, om de uitkomsten van beide vragenlijsten samen te nemen, om zo tot een meer betrouwbare uitkomst te komen.

Voor de overige vragen is de kans op vertekening minder, omdat deze meer gericht zijn op de de inrichting van de zorg met betrekking tot psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten, met name wanneer vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast. Daarvoor zijn de respondenten die in de non-responsgroep oververtegenwoordigd zijn niet van belang.

### 5.3 Ziekenhuizen nader bekeken

Voor ziekenhuisafdelingen is de non-respons apart onderzocht om te onderzoeken in hoeverre zich binnen de ziekenhuizen een onderscheid voordoet.

**Tabel 5-3 Respons ziekenhuisafdelingen in aantallen en percentage**

	Aantallen verstuurd		Reactie grote vragenlijst		Reactie non- respons		Totaal aantal reacties	
	N		N	%	N	%	N	%
Cardiologie	148		32	21,6	46	31,1	78	52,7
Neurologie	148		54	36,5	31	20,9	85	57,4
Orthopedie	148		40	27,0	43	29,1	83	56,1
Interne geneeskunde	148		43	29,1	37	25,0	80	54,1
Geriatric	30		27	90,0	3	10,0	30	100,0
Overigen*	148		59	39,9	29	19,6	88	59,5
Totaal	770		255	33,1	189	24,5	444	57,7

\*Bij 'overigen' in de tabel betreft het vragenlijsten die naar de directie zijn verstuurd. Deze kunnen zijn ingevuld door de directie zelf, maar ook door andere afdelingen.

144 van de in totaal 148 aangeschreven ziekenhuislocaties hebben tenminste één vragenlijst geretourneerd (97,3%). Gemiddeld werd per ziekenhuis van drie afdelingen hetzij een grote vragenlijst hetzij een non-responsvragenlijst ontvangen.

De respons over de verschillende afdelingen is over het geheel gezien redelijk eenduidig. Alleen geriatric heeft in vergelijking tot de andere afdelingen beduidend beter gereageerd op de enquêtes. Er lijkt bij de ziekenhuisafdelingen een duidelijk verband tussen affiniteit met het onderwerp en de mate waarin de vragenlijst geretourneerd is. Opvallend is voorts het feit dat de afdeling cardiologie meer op de non-responslijst heeft gereageerd, dan op de grote vragenlijst, terwijl dit bij neurologie juist omgekeerd is.

Uit bovenstaande kan derhalve worden afgeleid dat de affiniteit met het onderwerp bij cardiologie in vergelijking tot de andere afdelingen minder is en bij neurologie en bij geriatric juist meer.

**Tabel 5-4 Verklaring non-respons ziekenhuisafdelingen in aantallen en percentage**

Ziekenhuisafdeling	N	Niet/weinig doelgroep		Niet/weinig vbm		Geen administratie		Overig	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Cardiologie	46	35	76,1	17	37,0	6	13,0	4	8,7
Neurologie	31	20	64,5	15	48,4	10	32,3	8	25,8
Orthopedie	43	30	69,8	18	41,9	8	18,6	13	30,2
Interne geneeskunde	37	24	64,9	12	32,4	8	21,6	12	32,4
Geriatricie	3	0	0	1	33,3	0	0,0	2	66,7
Overigen	29	22	75,9	11	37,9	8	27,6	8	27,6
Totaal	189	137	72,5	74	39,2	40	21,2	47	24,9

De totalen kunnen niet bij elkaar opgeteld worden, omdat respondenten meerdere antwoorden konden aankruisen.

Een groot percentage van de ziekenhuisafdelingen geeft aan dat het geen of weinig psychogeriatriche of verstandelijk gehandicapte patiënten heeft. Dat het percentage onder ziekenhuisafdelingen zo hoog is vloeit mede voort uit het feit dat de afdelingen, met uitzondering van de geriatriche, geen van beide cliëntengroepen als speciale doelgroep heeft, zo blijkt ook uit het kwalitatieve onderzoek. Patiënten worden op de betreffende afdelingen in het algemeen niet in de eerste plaats voor hun dementiële aandoening of verstandelijke handicap behandeld. Beide patiëntencategorieën vormen slechts een klein percentage van het totaal aantal patiënten dat in het ziekenhuis verblijft. Er worden geen registraties bijgehouden welke patiënten tot een van beide doelgroep behoren, zodat men vaak ook geen zicht heeft op de aantallen, zeker niet op jaarbasis. Deze stelling wordt onder meer bevestigd door het feit dat veel afdelingen als reden opgeven voor het niet retourneren van de grote vragenlijst dat adequate administratieve gegevens ontbreken.

### 5.3.1 Conclusie

De conclusie voor uitkomst van het non-responsonderzoek onder ziekenhuizen luidt dus dat een groot percentage van de non-respons verklaard kan worden doordat de doelgroepen van dit onderzoek een te klein percentage binnen de algehele patiëntenpopulatie vormen om als aparte aandachtsgroepen herkend te worden, waardoor respondenten het idee hebben dat ze te weinig kunnen aangeven over de wijze waarop met beide cliëntengroepen wordt omgegaan. Verder ontbreken veelal administratieve gegevens om adequaat op de enquête te reageren. Ook voor de ziekenhuizen geldt derhalve dat interpretaties van aantallen patiënten en toepassingen van vrijheidsbeperkingen met de nodige voorzichtigheid moeten worden gedaan. Voor deze respondentencategorie zijn daarom bij deze vragen eveneens de uitkomsten van de grote enquête en de non-respons samengenomen.

Overigens zullen de verschillende ziekenhuisafdelingen bij de bespreking van de resultaten uitsluitend als aparte groepen worden besproken, wanneer de onderlinge verschillen daartoe aanleiding geven.

# 6

## Vrijheidsbeperkingen in de zorg aan psychogeriatrische patiënten

### 6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk volgt een rapportage van het veldonderzoek onder zorgaanbieders die zorg verlenen aan psychogeriatrische patiënten. Zowel de gegevens van de kwantitatieve, als de kwalitatieve onderzoeksfase zijn erin opgenomen. Dit hoofdstuk is op dezelfde wijze opgebouwd als hoofdstuk zeven en per onderzoeksthema ingedeeld. Dit vergemakkelijkt een eventuele vergelijking. Per thema is steeds een onderverdeling gemaakt per onderzochte zorgaanbieder. Dit wordt met kopjes aangegeven. Iedere paragraaf wordt afgesloten met een conclusie. Voor degenen die op zoek zijn naar een wat globaler overzicht van iedere sector, volstaat het lezen van de conclusies bij de paragrafen.

Voor een overzicht van de thema's kunt u de inhoudsopgave raadplegen.

### 6.2 Profiel instellingen

#### 6.2.1 Kwantitatief onderzoek

De meeste onderzochte zorgaanbieders maken deel uit van grotere instellingen met meerdere locaties. De meesten houden zich niet uitsluitend met zorg aan psychogeriatrische patiënten bezig. Toch hebben verschillende specifiek op deze patiëntencategorie ontwikkelde zorgproducten. Zo biedt een aantal thuiszorgorganisaties aanvullende verpleeghuiszorg aan. Ook bij woonzorgcomplexen komt dit voor. Deze houden zich daarnaast bezig met onder andere wonen, begeleiding, verzorging, ondersteuning, dagopvang, dagbesteding, (dag)behandeling en kortverblijfvoorzieningen (logeerhuizen). Bij kleinschalige woonvormen worden dezelfde zorgproducten aangegeven als bij woonzorgcomplexen. Alleen kortverblijfvoorzieningen werden hier niet aangetroffen.

De volgende tabel geeft een indruk van het aantal psychogeriatrische patiënten dat geherbergd wordt. Het gaat om een vrij grove schatting en moet daarom met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Wel kan met een vrij grote zekerheid gesteld worden dat de getallen een ondergrens aangeven. De meeste zorgaanbieders konden deze vraag niet beantwoorden, omdat de aard van de aandoening nergens centraal geregistreerd wordt.

**Tabel 6-1 Aantal psychogeriatrische cliënten (in %)**

	N=	1-9	10-29	30-99	>100	Totaal
Ziekenhuisafdelingen	84	45,2	29,8	13,1	11,9	43,0
Thuiszorg	28	21,4	32,1	10,7	35,7	52,8

Huisartsen	38	34,2	39,5	18,4	7,9	76,0
Woonzorgcomplexen	50	8,0	66,0	20,0	6,0	86,2
KWV	22	31,8	36,4	9,1	22,7	100,0
Totaal	222	30,6	40,5	14,9	14,0	58,7

De tabel laat zien dat ruim de helft van alle zorgaanbieders psychogeriatrische cliënten heeft. Bij ziekenhuisafdelingen lijken de meeste psychogeriatrische patiënten achtereenvolgens voor te komen op de afdelingen geriatrie (60,8%), interne geneeskunde (51,4%), orthopedie (40,0%), cardiologie (31,6% en neurologie (29,5%). De overige afdelingen scoorden 47,7%.

Het percentage van het aantal zorgaanbieders dat de vraag niet heeft ingevuld is, op woonzorgcomplexen na, bij alle zorgaanbieders hoger dan het percentage dat in het non-responsonderzoek heeft vermeld dat geen zorg wordt verleend aan psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten. Dit gegeven lijkt de stelling te onderschrijven dat de vraag niet goed is ingevuld en daarom slechts een ondergrens aangeeft.

Alle zorgaanbieders hebben te maken met patiënten met een Bopz-indicatie. Het meest komt dit voor bij ziekenhuisafdelingen. Thuiszorginstellingen geven het minst vaak aan dat ze zorg bieden aan patiënten met een Bopz-indicatie. Het betreft meestal tussen de één en twintig patiënten. Ook patiënten met een rechterlijke machtiging of een inbewaringstelling komen voor, vooral bij ziekenhuizen en woonzorgcomplexen. Daarnaast hebben ook enkele kleinschalige woonvoorzieningen met RM en IBS te maken. In het merendeel van de gevallen betreft het hier één tot drie patiënten.

De belangrijkste reden voor niet-Bopz-instellingen om zorg te verlenen aan Bopz-patiënten, is het feit dat deze patiënten reeds op de wachtlijst staan en in de tussenliggende tijd zorg geboden moet worden. Het merendeel van de zorgaanbieders gaat met Bopz-patiënten niet anders om dan met anderen. Uitsluitend thuiszorginstellingen die zorg bieden aan Bopz-patiënten melden in meer gevallen dat ze Bopz-patiënten anders behandelen.

Aan huisartsen is gevraagd hoeveel van hun psychogeriatrische patiënten thuis verblijven en hoeveel in zorginstellingen. Uit de gegeven antwoorden lijkt naar voren te komen dat iets meer psychogeriatrische patiënten thuis verblijven dan in zorginstellingen. 48,3% van de huisartsen heeft één tot vijf psychogeriatrische patiënten in de praktijk die thuis verblijven, 34,5% heeft er tien en 17,2% hebben er meer dan twintig (n=29). Voor psychogeriatrische patiënten van huisartsen die in een zorginstelling verblijven, betreffen deze aantallen 40,9%, 40,9% en 18,2% (n=22).

Om een indruk te krijgen van de hoeveelheid zorg die psychogeriatrische patiënten nodig hebben is onder meer aan de respondenten gevraagd hoeveel patiënten 24-uurstoezicht nodig hebben. Overall heeft 40,8% van de zorgaanbieders 1-9 psychogeriatrische patiënten waarbij dit het geval is, 42,4% heeft er 10-29, en 16,8% heeft er meer dan 30. Kleinschalige woonvoorzieningen hebben het meest psychogeriatrische patiënten die 24-uurstoezicht nodig hebben (60,7%). Daarna volgen woonzorgcomplexen (38,0%), ziekenhuisafdelingen (22,5%) en thuiszorginstellingen (13,0%).

## 6.2.2 Kwalitatief onderzoek

Aan het onderzoek werken vier thuiszorginstellingen mee. Eén ervan houdt domicilie in het noorden van het land, één in het westen, één in het midden en één in het zuiden. Eén van deze instellingen heeft het werkingsgebied in een rurale omgeving. De overige zijn gelegen in een kleine, een middelgrote en een grote stad. Drie instellingen hebben geen specifieke op psychogeriatrische patiënten gerichte zorgproducten. Eén instelling houdt zich bezig met overbruggingszorg voor psychogeriatrische patiënten die op de wachtlijst staan voor een verpleeghuis. Geen van de thuiszorginstellingen kan een compleet beeld geven van het aantal psychogeria-



trische cliënten waaraan men zorg levert. Ze worden niet als zodanig geregistreerd. Uitsluitend de thuiszorginstelling die aan overbruggingszorg doet, kan aangeven dat er 70 psychogeriatrische cliënten gebruik van maken. Opvallend is dat zich onder die 70 cliënten volgens de respondenten een aantal bevinden die een art. 60 Bopz-indicatie hebben. Buiten die 70 heeft ook deze thuiszorgorganisatie meer cliënten, waarover geen getallen beschikbaar zijn. Alle respondenten in de thuiszorg delen echter mee dat psychogeriatrische cliënten regelmatig voorkomen. Gemiddeld gaat het om tenminste drie cliënten per verpleegkundige.

Ook vier woonzorgcomplexen nemen deel aan het onderzoek. De instellingen bevinden zich in het westen, in het noorden (twee) en in het zuiden. Twee complexen bevinden zich in een rurale omgeving, één in een grote stad en één in een middelgrote stad. Zoals in een eerder hoofdstuk werd aangegeven, herbergt een woonzorgcomplex in het algemeen verschillende zorgproducten. In casu gaat het om zelfstandige woonvormen (appartementen, huizen, zogehe-ten levensloopbestendige woningen, aanleunwoningen), deeltijdzorg (dagbehandeling, meestal naast voor cliënten vanuit de instelling ook toegankelijk voor cliënten die buiten de instelling wonen), logeerhuizen, verzorgingshuiszorg en verpleeghuiszorg. Eén van de instellingen levert de verpleeghuiszorg en verzorgingshuiszorg in zelfstandige flats waar de cliënten verblijven. Het is onbekend (ook bij de respondenten) of de twintig psychogeriatrische verpleeghuisgeïndiceerden die in dit complex verblijven, naast een verpleeghuisindicatie ook een art 60 Bopz-indicatie hebben. Er zijn geen aanwijzingen gevonden dat hier Bopz-geïndiceerden verblijven. Dit geldt ook voor de overige woonzorgcomplexen. Geen van de onderzochte woonzorgcomplexen heeft overigens een Bopz-aanmerking.

Twee woonzorgcomplexen hebben een project kleinschalig wonen. In beide projecten wonen psychogeriatrische cliënten gezamenlijk met niet-psychogeriatrische. De stichting waartoe een derde woonzorgcomplex behoort, is bezig met een fusie met een thuiszorginstelling.

Eén instelling heeft een logeerhuis speciaal voor psychogeriatrische cliënten. Hier zijn overdag tien plaatsen beschikbaar en 's nachts zeven. Deze instelling heeft daarnaast deeltijdzorg (dagbehandeling) voor uitsluitend psychogeriatrische cliënten. Hier zijn twaalf plaatsen beschikbaar, waar gedurende de week overdag 25 cliënten in wisselende samenstelling van groepen verblijven. Bij de overige zorgproducten en instellingen is er een gemengde samenstelling van psychogeriatrische en niet-psychogeriatrische cliënten. Het is niet bekend om hoeveel cliënten het gaat met psychogeriatrische problematiek. Overal is dit in ieder geval veelvuldig aan de orde.

Op de instelling die fuseert met een thuiszorginstelling na, wordt binnen de verschillende instellingen steeds een eenduidig beleid gevoerd voor wat betreft de toepassing van vrijheidsbeperkingen. Wel kunnen er verschillen optreden voor wat men geoorloofd vindt in een bepaalde setting. Zo worden de zelfstandige woonvormen benaderd als een thuissituatie, waardoor men daar terughoudender is met toepassing van vrijheidsbeperkingen. Bij de instelling die fuseert met een thuiszorginstelling is het beleid met betrekking tot vrijheidsbeperkingen mede afhankelijk van wie de zorg levert. Bij de aanleunwoningen wordt de zorg bij de een geleverd vanuit het woonzorgcomplex en bij een ander door de thuiszorg. Het gevoerde beleid, waarvan men bezig is dit op elkaar af te stemmen, is dan afhankelijk van de organisatie die de zorg levert. Ook bij een andere organisatie zijn de cliënten vrij in de keuze voor zorg vanuit het woonzorgcomplex of geleverd door een andere (thuiszorg)organisatie. In deze gevallen is steeds alleen gesproken met het woonzorgcomplex, zodat uitsluitend van deze organisatie de bevindingen worden vermeld in dit rapport.

In de rapportage worden die zorgproducten, vanwege die eenvormigheid in beleid binnen de instellingen, niet afzonderlijk besproken. Slechts wanneer op een uitdrukkelijk andere manier wordt omgegaan binnen een bepaalde setting in vergelijking tot de rest van het complex, zal hieraan specifiek aandacht worden besteed.

In vrijwel alle woonzorgcomplexen die bezocht zijn wordt de medische zorg door huisartsen verstrekt. Alleen op die plaatsen waar tevens verpleeghuiszorg wordt aangeboden, is ook een

verpleeghuisarts aanwezig die een adviesfunctie heeft ten opzichte van de huisarts. De laatste is altijd eindverantwoordelijk ten aanzien van de medische zorg.

Ten behoeve van het onderzoek is één kleinschalige woonvoorziening benaderd, gelegen in het westen van het land. De instelling biedt zorg aan 36 bewoners, verdeeld over zes aaneengeschaalde woningen. Hoewel het een gesloten instelling is, heeft deze geen Bopz-aanmerking, omdat niet aan de criteria werd voldaan. De gang van zaken wordt door de inspectie gedoogd.

Belangrijk is de zorgvisie, die ervan uitgaat dat bewoners binnen de beperkingen die ze hebben zoveel mogelijk zichzelf kunnen zijn. Dat betekent dat ze hun gewoontes van huis uit, hun bezigheden en manier van leven, zoveel mogelijk binnen de woonvoorziening kunnen voortzetten. Iedere bewoner heeft een eigen kamer en mag eigen meubels meebrengen. Het leefritme wordt door de bewoner zelf bepaald.

Van de vier geïnterviewde huisartsen uit het noorden, het oosten (2) en het zuiden van het land, hebben twee slechts enkele psychogeriatrische patiënten die buiten het verzorgingshuishuis verblijven. Alle vier zijn werkzaam in kleine tot middelgrote plaatsen. Twee andere melden dat ze 30 tot 50 patiënten met psychogeriatrische problematiek hebben. Drie van de vier artsen zijn ook huisarts van psychogeriatrische patiënten die in het verzorgingshuis verblijven. Eén is zelfs huisarts van alle patiënten in het naburige verzorgingshuis. Dit is zo geregeld op basis van een afspraak; het verzorgingshuis had de voorkeur om dit zo te regelen, omdat dit voor deze instelling efficiënter werkt.

Aan het onderzoek doen vijf algemene ziekenhuizen mee, waaronder één academisch. De instellingen bevinden zich in het noorden, het westen, het midden en twee in het zuiden. In deze ziekenhuizen is, indien aanwezig, in ieder geval de afdeling (klinische) geriatrie bevraagd. Dat is bij drie ziekenhuizen het geval. Daarnaast zijn ook afdelingen interne geneeskunde, cardiologie, longziekten en neurologie bezocht. Op deze afdelingen zijn interviews gehouden omdat volgens de contactpersonen hier de meeste vrijheidsbeperkingen plaatsvonden. Een afdeling orthopedie zou ook bezocht worden, maar dit was binnen het tijdsbestek niet meer haalbaar. De afdelingen zijn bevraagd op toepassingen van vrijheidsbeperkingen bij psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten. Alle respondenten benadrukken tijdens de interviews echter dat het toepassen van vrijheidsbeperkingen in ziekenhuizen een veelvuldig voorkomend probleem is, en lang niet uitsluitend bij deze patiëntencategorieën plaatsvindt.

Eén ziekenhuis heeft naast een afdeling geriatrie ook een dagonderzoekscentrum waar dagbehandeling wordt gegeven aan patiënten voor wie opname een contra-indicatie is. Ook is hier een polikliniek voor geriatrische patiënten. Twee ziekenhuizen hebben een transferafdeling waar verpleeghuiszorg wordt geboden aan patiënten die in afwachting zijn van opname in een verpleeghuis.

Alle afdelingen geriatrie behandelen zowel patiënten met psychogeriatrische als somatische problematiek. Ongeveer de helft tot tweederde van de patiënten heeft een psychogeriatrische aandoening. Op de afdelingen interne geneeskunde gaat het om vijf tot tien procent van het totaal aantal bedden dat bezet wordt door psychogeriatrische patiënten. De overige afdelingen hebben meer incidenteel, maar wel frequent met psychogeriatrische patiënten te maken.

### **6.3 Wilsonbekwaamheid en vertegenwoordiging**

Wanneer zorgbeslissingen genomen worden, en toepassingen van vrijheidsbeperkingen in het bijzonder, is het van belang dat patiënten daar conform hun zelfbeschikkingsrecht zelf over kunnen beslissen. Het ontnemen van die beslissingsbevoegdheid is al een beperking op zichzelf. Daarom dient een zorgverlener weloverwogen tot de conclusie te komen dat iemand niet meer in staat is tot een redelijke belangenafweging ter zake. Daarnaast dient er een goede vertegenwoordigingsregeling te zijn, om zodoende tot een zorgvuldige vervangende beslissing ten behoeve van de patiënt te komen. Zeker ten behoeve van psychogeriatrische patiënten en

verstandelijk gehandicapten is dit belangrijk, omdat wilsonbekwaamheid ten aanzien van bepaalde zorgbeslissingen bij deze cliëntengroepen een structureel probleem kan zijn. In deze paragraaf wordt belicht hoe het veld omgaat met beide aspecten. Allereerst komt de wilsonbekwaamheid aan de orde, waarna onder 6.3.2 wordt ingegaan op de vertegenwoordiging. De paragraaf wordt afgesloten met een conclusie.

### 6.3.1 Wilsonbekwaamheid

#### 6.3.1.1 Thuiszorg

Uit het onderzoek komt naar voren dat 26,9% van de respondenten in de thuiszorg (n= 52) vrijwel nooit nagaat of een patiënt wilsonbekwaam is. Een beperkt aantal geeft aan dit altijd te doen (7,2%). Anderen doen dit alleen indien overwogen wordt om vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen (15,4%), of bij ingrijpende behandelingen, waaronder ook vrijheidsbeperkende maatregelen worden gerekend (23,1%). Tot slot is er nog een groep die uitsluitend de wilsonbekwaamheid onderzoekt als daar aanleiding toe is, bijvoorbeeld omdat de familie dit verzoekt of als er twijfels zijn over de wilsonbekwaamheid (17,3%) of bij zorgmomenten als indicatiestelling, diagnosticeren, observatie en dergelijke. (9,6%).

Bij de meeste thuiszorginstellingen wordt de wilsonbekwaamheid van de cliënt vastgesteld door de betrokken hulpverleners in overleg met de familie of vertegenwoordiger (45,1%; n=51), of door een arts (35,3%). Vrij veel respondenten melden daarnaast dat de wilsonbekwaamheid wordt vastgesteld door de betrokken verpleegkundige of verzorgende in overleg met een arts (25,5%), of dat het extern gebeurt, door het RIO of RIAGG (17,6%). Een kleiner percentage zegt dat de wilsonbekwaamheid uitsluitend door de betrokken verpleegkundige of verzorgende wordt beoordeeld (7,8%). Tot slot stelt 9,8% van de respondenten dat het onderzoeken van de wilsonbekwaamheid bij de eigen cliënten nooit nodig is en vindt 11,8% de vraag niet van toepassing.

Uit de interviews blijkt dat het begrip 'wilsonbekwaamheid' in de thuiszorg bij een aantal respondenten geen vertrouwd begrip is. Een respondent heeft, conform een verschillende respondenten uit het kwantitatieve onderzoek, een associatie met het RIAGG en het regionaal indicatiorgaan (RIO):

*'Ja, ik denk wel dat het voorkomt dat een psychogeriatrische cliënt wilsonbekwaam is. Ik denk dat ze dan getest worden door het RIAGG, dat is wel bekend. En huisartsen zijn er natuurlijk mee bezig in het begin, dan het RIAGG, en later het RIO, om te kijken of ze niet enigszins in aanmerking komen voor zorg in het bejaardenhuis.'* (verpleegkundige thuiszorg):

Geen van de onderzochte thuiszorginstellingen heeft een protocol ontwikkeld voor de bepaling van wilsonbekwaamheid.

Toch blijkt uit de antwoorden die door zorgverleners worden gegeven dat cliënten meestal wel zodanig bejegend worden dat hun wensen niet zonder meer opzij gezet worden. De vraag of een cliënt wilsonbekwaam is komt eigenlijk uitsluitend aan de orde als een cliënt het niet eens is met een zorgvoorstel. De meesten proberen dan een afweging te maken of de cliënt nog in staat is om een redelijke belangenafweging te maken en in hoeverre.

*'Er wordt dus gewoon van geval tot geval bekeken....ja, bij mij wel, of de cliënt daar nog reëel over kan denken.'* (verpleegkundige (thuiszorg)

*'Ik probeer altijd wel een beetje met respect mensen te benaderen. En ook naar zijn argument te luisteren. Dat iemand PG-cliënt is, dat wil niet zeggen dat zijn hele wereld een grote warboel is, natuurlijk. Nee, maar het is wel moeilijker vast te stellen of nee echt nee is. Ja, maar in de regel, ja in het begin is dat moeilijk, maar na een tijdje kom je er wel wat vaker en heb je toch wel een bepaald beeld van iemand. Hè, wanneer het echt nee is, en wanneer er toch nog wel ergens een gaatje te vinden is.'* (verpleegkundige thuiszorg)

De thuiszorginstellingen leggen het niet vast in het dossier, indien iemand wilsonbekwaam is bevonden.

### 6.3.1.2 Woonzorgcomplexen

In de woonzorgcomplexen gaat men met wilsbekwaamheid niet anders om dan in de thuiszorg. Ook hier stelt ruim een kwart van de zorgaanbieders (25,9%, n=52) nooit de wilsonbekwaamheid van psychogeriatrische patiënten, 25,9% doet dit alleen bij ingrijpende behandelingen, waaronder vrijheidsbeperkende maatregelen en 17,2% doet het uitsluitend bij toepassingen van vrijheidsbeperkingen. 5,2% doet een onderzoek naar wilsonbekwaamheid als daar aanleiding toe is. Opvallend is dat 25,9% van de woonzorgcomplexen zegt altijd de wilsbekwaamheid vast te stellen.

Het onderzoek naar wilsbekwaamheid vindt meestal plaats door de betrokken zorgverleners in overleg met de familie of vertegenwoordiger (55,2%; n=58). Bij 27,6 % gebeurt het onderzoek door een arts, en bij 6,9% door de betrokken verpleegkundige of verzorgende in overleg met een arts. Eén respondent zegt dat de betrokken verpleegkundige of verzorgenden de wilsonbekwaamheid van een bewoner vaststelt. (1,7%) In 8,6% wordt het onderzoek extern gedaan, door RIO of RIAGG. Een vrij groot percentage (20,7%) stelt dat het bepalen van de wilsonbekwaamheid bij de eigen cliënten nooit nodig is en bij 5,2% is de vraag naar wie de wilsonbekwaamheid bepaalt om een andere reden niet van toepassing.

Evenmin als bij thuiszorginstellingen zijn in de woonzorgcomplexen protocollen voor het vaststellen van de wilsonbekwaamheid, en wordt dit ook niet vastgelegd in het dossier. Meer dan in de thuiszorg komt hier naar voren dat de kennis van wilsbekwaamheid beter wordt, naarmate men zich bewuster is van de beperkingen die psychogeriatrische cliënten hebben en daar een actief beleid in proberen te ontwikkelen. Dat verklaart ook het hogere percentage respondenten dat meldt altijd de wilsbekwaamheid vast te stellen.

*'Nou, die mensen zijn echt aan het dementeren en kunnen echt niet meer zelf iets verwoorden. Mensen met CVA's en zo, weet je wel, mensen die ook niet meer kunnen praten. Dat is dan toch moeilijker communiceren.'* (verpleegkundige woonzorgcomplex)

*'Het begrip onbekwaamheid vind ik heel moeilijk. Dat ze er, denk ik, niet van bewust zijn, de reden waarom wij iets doen bijvoorbeeld. Kijk je kunt het heel breed zien, de een bijvoorbeeld, van weigering van hun medicatie kunnen ze zich wel heel bewust zijn. Zo van ik wil helemaal geen pillen hebben. Maar dan denken ze er niet bij na waar die medicatie voor is. Sommige medicatie, zoals paracetamol, als ze dat niet willen hebben, nou dan maar niet. Maar een ascal of een hartpil, daarvan kun je niet zomaar zeggen: dan krijgt u die vandaag niet. Dan vind ik, dan moet je de cliënt toch wel zeggen: eigenlijk is het wel nodig, want de medicijnen zijn daar en daar voor.'* (verzorgende woonzorgcomplex)

*'Een PG-bewoner is wilsonbekwaam als ze gewoon, zeg maar zelf dingen gaan doen waarbij ze geen controle meer over hebben hè, dus dat ze gewoon eigenlijk totaal niet meer weten wat ze doen.'* (zorgcoördinator woonzorgcomplex)

*'Bij onze zelfstandige woonvormen daar gaat het hetzelfde als in de wijk. Het gaat daar om zelfstandige mensen. Die bepalen het zelf, in overleg met de familie. Soms kun je er wel eens tegenaan lopen, als je bijvoorbeeld plotseling ontdekt dat er een cliënt niet aangekleed buiten loopt, bijvoorbeeld midden in de winter. Nou, en dan kom je er doorgaans achter dat er iets aan de hand is.'* (zorgmanager woonzorgcomplex)

*'Bij ons zijn de bewoners in principe wilsbekwaam. Daar gaan we van uit. In uitzonderlijke situaties is dat misschien niet zo, maar dan moet het met de familie en mantelzorg besproken worden hoe dat dan wel vorm krijgt. Doorgaans merk je dat als je echt rustig de tijd neemt om in gesprek te gaan, dat cliënten nog wel heel veel dingen zelf aan kunnen geven.'* (zorgcoördinator woonzorgcomplex)

### 6.3.1.3 Kleinschalige woonvoorzieningen

Respondenten van kleinschalige woonvoorzieningen geven voor het merendeel aan dat zij altijd de wilsbekwaamheid vaststellen (45,5%; n=22). 27,4% doet dit alleen bij ingrijpende behandelingen, waaronder vrijheidsbeperkende maatregelen. 9,1% zegt dit bijna nooit te doen, en 4,5% doet het alleen als er aanleiding toe is, bijvoorbeeld op verzoek van de familie of als er twijfels zijn omtrent de wilsbekwaamheid van de cliënt. 13,6% ten slotte heeft overige momenten aangegeven, zoals bij indicatiestelling, bij diagnostiek of in een observatiefase.

50% van de kleinschalige woonvoorzieningen (n=20) laat de wilsonbekwaamheid van cliënten vaststellen door een arts, 50% geeft aan dat de betrokken hulpverlener dit doet in overleg met familie of vertegenwoordiger. Een klein percentage geeft daarnaast nog andere antwoorden aan zoals de betrokken verpleegkundige, of verzorgende in overleg met de arts (10%) en dat de wilsonbekwaamheid door derden als RIO of RIAGG wordt onderzocht (15%). Eén zorgaanbieder meldde dat het vaststellen van de wilsonbekwaamheid nooit nodig was (5%) en één dat de vraag wie de wilsonbekwaamheid vaststelt om een andere reden niet van toepassing was.

Over wilsbekwaamheid tijdens de interviews in de kleinschalige woonvoorziening wordt opgemerkt:

*‘Wij vinden per definitie mensen wilsbekwaam. Dus we beslissen eigenlijk nooit buiten de mensen om. Maar je moet wel altijd goed opletten.’ (directeur KWV)*

Uit de interviews komt naar voren dat een ‘officiële’ vaststelling van wilsbekwaamheid of onbekwaamheid van patiënten niet wordt gedaan. Wilsonbekwaamheid komt echter voor:

*‘Mijn vader wordt niet meer bij beslissingen betrokken, maar dat kan hij ook niet meer.’ (vertegenwoordiger KWV)*

*‘De bewoners zijn niet betrokken bij het overleg over het zorgplan. Maar we ondervinden natuurlijk wel dagelijks contact; tot de dag van overleg.’ (directeur KWV)*

Desondanks is de indruk dat indien mogelijk met de wensen van bewoners zoveel mogelijk rekening wordt gehouden.

*‘Als iemand al diep dement is, dan kan je ze wel vertellen dat je ze medicijnen geeft door middel van druppels in de appelmoes, maar ze snappen niet eens wat je zegt. Dan kun je alleen maar naar het gelaat kijken, van wat is de uitstraling op het moment. Je kunt wel duidelijk merken als iemand het dan niet wil. Als iemand afwijzend gedrag heeft, medicijnen uit je hand slaat, wegloopt, dan laat en ze duidelijk merken dat ze het niet willen.’ (verzorgende KWV)*

Uit de interviews blijkt niet dat men met wils(on)bekwaamheid anders omgaat dan overige zorgaanbieders.

### 6.3.1.4 Huisartsen

Ook huisartsen krijgen in de praktijk te maken met de beoordeling of psychogeriatrische patiënten wilsbekwaam zijn. De meesten onderzoeken de wilsbekwaamheid van psychogeriatrische patiënten wanneer ingrijpende behandelingen plaats moeten vinden (38,6%; n=44). Ook vrijheidsbeperkingen worden hieronder gerekend. Een kleiner percentage doet dit alleen indien vrijheidsbeperkende maatregelen moeten worden toegepast (20,5%) of als daar aanleiding toe is (4,5%), zoals op verzoek van de familie, of als er twijfels omtrent wilsbekwaamheid zijn. 18,2% van de huisartsen stelt nooit de wils(on)bekwaamheid vast.

Een huisarts zegt over wilsonbekwaamheid:

*‘Vaak is het het totale beeld van iemands functioneren. Of zijn cognitieve functies wel of niet functioneren. En ja, dat is natuurlijk een glijdende schaal. Waarbij voor mij het ook heel sterk het karakter is van kan iemand nog functioneren binnen zijn systeem en levert hij een gevaar op voor zichzelf en dat is eigenlijk het meest belangrijk. En wat bij mij toch wel hoog in het vaandel staat is het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt. Maar als dat niet begrepen wordt, of als dat leidt tot ongezonde toestanden in de breedste zin van het woord – dus dingen die eigenlijk niet kunnen en die eigenlijk*

*nergens op slaan – ja, dan hanteer je inderdaad die wilsonbekwaamheid.’ (huisarts)*

De huisartsen die aan het kwalitatieve onderzoek hebben deelgenomen, werken in hun praktijk niet met protocollen en het wordt evenmin in het zorgdossier vastgelegd dat de patiënt wilsonbekwaam is bevonden. Als er andere zorgverleners bij de behandeling betrokken zijn, zoals thuiszorg, verzorgingshuis of woonzorgcomplex, dan wordt in het algemeen, indien de vraag naar wilsbekwaamheid rijst wel overlegd.

*‘Bij patiënten in het verzorgingshuis gebeurt het in samenspraak met elkaar. Als huisarts zie je zo’n patiënt op zo’n kort moment. En ik denk dat het een gemiste kans zou zijn als je niet een heteroanamnese zou nemen bij de verpleging, die toch bijna elk uur zo’n patiënt zien. (huisarts)*

Twee huisartsen geven aan dat het feit dat familie steeds meer zaken overneemt een teken kan zijn dat er iets aan de hand is met de geestelijke gesteldheid van een patiënt.

*Als de mensen thuis zijn, wordt het heel glijdend overgenomen door de mantelzorg die dan zo langzamerhand alle dingen doet die er gedaan moeten worden. Ik bedoel, wat je dan nogal eens ziet is dat de familie op een gegeven moment zegt dat opoe eigenlijk haar eigen zaakjes niet meer kan beheren. En een van de kinderen wordt benoemd tot hoe noem je dat? Krijgt dan een volmacht. Dat hoeft niet eens officieel te gaan, maar dat is toch een duidelijk signaal dat er iets echt mis is.*

*(...)Als de zaak overgenomen wordt door de kinderen of door anderen. Wat je heel veel ziet is dat oudere mensen jonger deze bevoegdheid geven aan de kinderen. Dat doen ze als ze 80 zijn en als ze 85 zijn dan geldt dat nog. En dat weten ze dan niet meer bijvoorbeeld. Ze weten dan niet meer dat ze dat hebben gedaan, maar dat is dan de gewoonte. (...) Zo’n volmacht wordt meestal niet schriftelijk gegeven, nee. (huisarts)*

#### **6.3.1.5 Ziekenhuisafdelingen**

Ziekenhuisafdelingen stellen het meest de wils(on)bekwaamheid van patiënten vast bij ingrijpende behandelingen, waaronder toepassingen van vrijheidsbeperkingen (34,2%; n=184). Een vrij groot percentage zegt de wilsbekwaamheid altijd te onderzoeken (24,5%), 5,4% doet het als daar aanleiding toe is, zoals op verzoek van de familie, of wanneer er twijfels over de wilsbekwaamheid zijn en 3,8% doet het bij zaken als indicatiestelling, diagnosticeren, of bij observatie. 14,1% van de respondenten zegt dat nooit de wilsbekwaamheid van patiënten wordt onderzocht. Onder de verschillende soorten ziekenhuisafdelingen doen zich geen grote verschillen voor, zodat een aparte bespreking achterwege kan blijven.

In verreweg de meeste gevallen wordt de wilsonbekwaamheid vastgesteld door een arts (52,2%; n=186) of door een betrokken hulpverlener in overleg met de familie of vertegenwoordiger (43,5%). Een klein percentage van de ziekenhuisafdelingen meldt dat de wilsbekwaamheid door de betrokken verpleegkundige hulpverleners (5,9%), of dat het extern wordt vastgesteld, bijvoorbeeld door het RIO of door het RIAGG (3,2%). Tot slot zegt 10,2% van de respondenten dat het onderzoeken van de wilsbekwaamheid van de patiënten nooit nodig is, en vindt 3,2% de vraag om andere redenen niet van toepassing.

In de tijdens de kwalitatieve fase onderzochte ziekenhuizen gelden geen vaste protocollen voor het bepalen van de wilsbekwaamheid van patiënten. Artsen zijn doorgaans goed op de hoogte van de betekenis van het begrip.

*‘Je merkt dat mensen in het ziekenhuis soms niet in staat zijn om hun eigen risico’s in te schatten, en hun eigen behandeling niet goed kunnen beoordelen. Dus ze zijn vaak op onderdelen wilsonbekwaam, maar nooit voor het hele spectrum natuurlijk.’ (geriater academisch ziekenhuis)*

*‘Een PG-patiënt is wilsonbekwaam op het moment dat hij, als gevolg van zijn psychisch functioneren niet meer in staat is om een beslissing te nemen over een onderwerp waar het om gaat. Ik bedoel, je kan best voor het ene onderwerp wel wilsbekwaam zijn, en voor het andere niet. Dat ligt er natuurlijk helemaal aan welke beslissingen genomen moeten worden en waar de cognitieve*

*problemen liggen.’ (internist ziekenhuis)*

Bij een aantal verpleegkundigen is de bekendheid met het begrip iets minder.

*‘Wilsonbekwaam is iemand, wanneer hij niet weet waar hij is, geen herkenning in personen, zowel familie als verpleegkundigen. Als iemand helemaal gedesoriënteerd is. Een gebrek aan ziekte-inzicht, dat hoort daar ook onder.’ (verpleegkundige ziekenhuis)*

*‘Een patiënt is wilsonbekwaam wanneer dat door de rechterlijke macht wordt verklaard.’ (verpleegkundige ziekenhuis)*

In twee ziekenhuizen maakt men gewag van geheugentesten die zo nu en dan worden gebruikt. In twee andere geven respondenten aan dat soms weliswaar een psychiater wordt geconsulteerd, maar dat het meestal impliciet gebeurt.

*‘Hoe de wilsonbekwaamheid wordt vastgesteld? Ik moet zeggen, dat ik daar nooit zo heel erg goed over nadenk. Eh, ik denk dat als ik het niet zou weten, dan zou ik er iemand bijhalen, maar heel vaak gaat dat bijna tussen de regels door. Ja, dat mag ik natuurlijk helemaal niet zeggen, maar dat is natuurlijk wel wat in de praktijk gebeurt.’ (geriater ziekenhuis)*

*‘Er zijn eigenlijk twee benaderingsvormen. De ene benaderingsvorm is dat we door middel van een uitgebreid neuro-psychologisch onderzoek laten vaststellen dat er sprake is van bepaalde cognitieve functiestoornissen. Maar het is wel een uitzondering dat het zo gebeurt. Wat meer voorkomt is dat wij in eigen beheer dan wel zelf dan wel door de afdelingsactiviteitentherapie een aantal testen laten afnemen en dan kun je grofweg bepalen of er sprake is van ernstige cognitieve functiestoornissen, en daarbinnen bepalen we dan weer dat de patiënt niet handelingsbekwaam is.’ (internist academisch ziekenhuis)*

### **6.3.1.6 Conclusie**

De meeste instellingen zeggen dat wordt nagegaan of de cliënt wilsbekwaam is bij ingrijpende behandelingen (31,4%; n=360), altijd (n=22,8%) of alleen bij toepassingen van vrijheidsbeperkingen (16,4%). Bij kleinschalige woonvoorzieningen en ziekenhuisafdelingen wordt er meer naar wilsbekwaamheid gekeken dan bij andere zorgaanbieders. Bijna een vijfde van de zorgaanbieders, vooral bij thuiszorginstellingen en woonzorgcomplexen onderzoekt de wilsbekwaamheid van cliënten nooit (18,1%).

Desondanks wordt door geen van de instellingen die zich bezighouden met zorg aan psychogeriatrische patiënten de wilsbekwaamheid op een systematische wijze onderzocht, al komt het in ziekenhuizen wel incidenteel voor dat er testen worden gebruikt of deskundigen worden geraadpleegd. Er zijn geen nergens protocollen voor het vaststellen van de wilsbekwaamheid ontwikkeld en het wordt niet in het zorgdossier vastgelegd wanneer wilsonbekwaamheid is geconstateerd bij een patiënt. Of in concrete gevallen op een juiste wijze met wilsbekwaamheid wordt omgegaan, hangt derhalve af van de kennis van de zorgverlener over de rol van de patiënt in het zorgproces, het vermogen van de zorgverlener om adequaat vast te kunnen stellen of de patiënt in een bepaalde situatie in staat is om een redelijke belangenafweging te maken en dit ook in praktijk te kunnen brengen. Opvallend is dat uit de interviews blijkt dat de vraag naar wilsbekwaamheid uitsluitend aan de orde komt als de patiënt een voorstel voor een bepaalde behandeling of verzorging weigert.

## **6.3.2 Vertegenwoordiging**

### **6.3.2.1 Thuiszorg**

Bijna de helft van de thuiszorginstellingen heeft geen speciaal beleid om voor iedere cliënt een vertegenwoordiger aan te wijzen (48,1%; n=52). 42,3% heeft daar wel een vast beleid in en 7,7% merkt op dat per situatie bekeken wordt of een vertegenwoordiger nodig is.

Als een cliënt niet in staat is om zelf beslissingen te nemen, dan wordt in de thuiszorg overlegd met de familie.

*'Het hangt heel erg van de situatie af of ik iets met de huisgenoot bespreek of met de cliënt zelf. Het gaat om de gradatie van de dementie en over wat voor onderwerp het betrekking heeft. Je probeert wel zoveel mogelijk met de wensen van de cliënt rekening te houden. En je bespreekt natuurlijk vaak dingen met de partner erbij, hè, als er beslissingen genomen moeten worden. Of de huisgenoot, of de zoon of de dochter of de mantelzorger...' (verpleegkundige thuiszorg)*

Sommige respondenten zeggen dat bij de aanwijzing van een vertegenwoordiger voor het geval dat de cliënt wilsonbekwaam is, dikwijls ook het RIAGG betrokken is. Eén respondent meldt zelfs dat het RIAGG in een enkel geval een vertegenwoordigende rol vervult:

*'In principe is familie vertegenwoordiger. Als ze echt niemand hebben is er een contactpersoon van het RIAGG, waarmee we overleggen.'* (verpleegkundige thuiszorg)

Meerdere respondenten geven aan dat ook burens of kennissen wel eens als vertegenwoordiger fungeren.

*'Ook de burens willen zich nog wel eens opwerpen als vertegenwoordiger. Mantelzorgers op zich als vertegenwoordiger kan heel goed.'* (verpleegkundige thuiszorg)

*'Het komt wel eens voor dat er geen familie is om als vertegenwoordiger op te treden. Dan is het een kennis of een buur die zich over iemand ontfermt. Ik heb nog nooit meegemaakt dat er een vertegenwoordiger via de rechter geregeld moest worden. Er is altijd wel iemand te vinden die dat wil doen. Maar het is ook wel eens dat zo iemand minimaal iets kan doen, en dan wordt het gewoon door de zorg overgenomen voor een groot gedeelte.'* (teammanager thuiszorg).

De interviews bevestigen de uitkomst van het kwantitatieve onderzoek dat thuiszorginstellingen veelal geen bewust vertegenwoordigingsbeleid voeren ingeval van wilsonbekwaamheid.

### **6.3.2.2 Woonzorgcomplexen**

Bij de woonzorgcomplexen geven veel meer respondenten dan bij de thuiszorg aan dat het vast beleid is om voor iedere cliënt een vertegenwoordiger aan te wijzen. (63,8%; n=58). Een vijfde heeft geen speciaal beleid om een vertegenwoordiger aan te wijzen. 8,6% meldt dat elke cliënt een contactpersoon krijgt, terwijl 3,4 aangeeft dat per situatie wordt bekeken of een vertegenwoordiger nodig is.

Men hanteert met betrekking tot vertegenwoordiging hier in het algemeen de procedure op dezelfde manier als thuiszorgorganisaties, al lijkt bij woonzorgcomplexen meer sprake van een bewuste keuze. Bij opnemings wordt een contactpersoon aangewezen die ook als vertegenwoordiger fungeert. Ook hier valt op dat door alle respondenten wordt aangegeven dat ook niet-familie, dus burens of kennissen, als vertegenwoordiger/contactpersoon fungeert als er geen familie is. Deze personen treden op dezelfde wijze op als familieleden. Dat betekent dat er nooit terughoudender wordt opgetreden en zij nemen dezelfde vervangende beslissingen. Slechts in zeer uitzonderlijke situaties kan men helemaal niemand vinden om te vertegenwoordigen.

*'Ja, meestal is er toch wel iemand die een aantal zaken regelt. Ik weet wel dat ooit de directeur hier degene was die zaken moest regelen, omdat er echt helemaal niemand was. Nu zouden we in zo'n geval zo'n bureau mentorschap inschakelen.'* (zorgcoördinator woonzorgcomplex)

Respondenten van een woonzorgcomplex dat in dunbevolkt gebied gesitueerd is melden dat het nog nooit voorgekomen is dat in het geheel niemand te vinden was. Het sociale netwerk op het platteland is volgens hen nog zodanig dat er altijd wel iemand als contactpersoon kan optreden, ook al is er geen familie meer.

Bij enkele instellingen roept tijdens de interviews de vraag naar de regelingen rondom vertegenwoordiging in de eerste plaats een associatie met het regelen van de financiële zaken op.



### 6.3.2.3 Kleinschalige woonvoorzieningen

De meeste kleinschalige woonvoorzieningen die deelnemen aan dit onderzoek hebben een beleid om een vertegenwoordiger aan te stellen. 86,4% (n=22) beantwoordt de vraag bevestigend, 9,1% wijst voor elke cliënt een contactpersoon aan en 4,5% zegt per situatie te bekijken of vertegenwoordiging nodig is.

De bezochte instelling werkt met contactpersonen. Uit de interviews komt naar voren dat de contactpersoon niet bewust als vertegenwoordiger wordt beschouwd, al worden mantelzorgers wel nauw bij de zorg betrokken. De vertegenwoordiger die contactpersoon is, zegt hierover:

*'Aan ons allemaal [familieleden – LA] worden wel dingen gevraagd. Degene die er net is daar vragen ze gewoon dingen aan. En we vinden het goed wat ze doen, dus we zijn daarom ook niet bij het bewonersoverleg. Ze zeggen het wel elke keer van: kom er eens bij, dan weet je hoe het gaat. Maar van mij hoeft het niet'. (vertegenwoordiger KWV)*

Uit de interviews met zorgverleners blijkt dat met betrekking tot vertegenwoordiging het regelen van de financiële zaken een eerste prioriteit heeft. Over vertegenwoordiging met betrekking tot de zorg wordt opgemerkt:

*'Als er geen familie is om mee te overleggen, dan moeten we zelf een oplossing zoeken, als iemand bijvoorbeeld naar een dokter moet. Dat bepalen we dan zelf. Maar dat gebeurt niet zoveel. Ook komt het wel voor we met verdere familie, bijvoorbeeld een neef, overleggen. Maar je merkt wel dat de verstandhouding van een neef met zijn tante gewoon anders is dan een dochter met een moeder. Dat merk je ook. Er is dan meer betrokkenheid. Maar er is als je overlegt over het zorgplan niet echt een verschil in formele zin' (verzorgende KWV)*

Hoewel de percentages aangeven dat meer kleinschalige woonvoorzieningen een bewust beleid hebben met betrekking tot vertegenwoordiging, lijkt de praktijk niet echt te verschillen van die van woonzorgcomplexen of thuiszorginstellingen.

### 6.3.2.4 Huisartsen

Bij de meeste huisartsen is het meestal geen beleid dat iedere patiënt een vertegenwoordiger heeft (59,6%; n=47). 38,3% doet dit wel altijd, terwijl één huisarts (2,1%) aangeeft dat dit per situatie bekeken wordt.

De ondervraagde huisartsen werken niet bewust met contactpersonen of vertegenwoordigers. Vaak is hun, door hun jarenlange band met de familie, duidelijk met wie zij zich moeten verstaan om zorgbeslissingen te nemen. De huisartsen zijn wat meer wisselend in het oordeel dat buiten familie ook anderen als vertegenwoordiger kunnen optreden. Twee huisartsen zijn van mening dat het mogelijk is. Een derde huisarts komt het in haar populatie niet tegen. Ze heeft uitsluitend lichtere psychogeriatrische patiënten die nog zelf kunnen oordelen. De vierde huisarts vindt dat het niet kan en is van mening dat er in een dergelijk geval een curator of een mentor moet komen.

*'Wat je vaker ziet is dat bij zo iemand in een laat stadium van het leven ineens allerlei neven verschijnen die, zo opoe hoe is het met je, elkaar lang niet gezien. De kraaien verzamelen zich al boven het huis. Een voorbeeld daarvan is D. Ja, dat was een man die een gezinsverzorgster had en daar kon hij heel goed mee over weg en die mensen gaan altijd ontzettend hechten aan die gezinsverzorgsters. Maar deze gezinsverzorgster had een beleefde man. Die ging daar wat klusjes doen. Die ging daar gras maaien en nam D. eens mee in zijn auto. En maakte hem wat geld afhandig. Ja, de mensen zijn door hun afhankelijkheid uiterst kwetsbaar. Zeer kwetsbaar, ja.' (huisarts)*

De huisartsen maken het slechts sporadisch mee dat iemand persoonlijk gemachtigd wordt om te vertegenwoordigen. Wettelijke vertegenwoordigers komen vaker voor. Eén huisarts komt dit laatste uitsluitend voor financiële aangelegenheden tegen; de drie andere hebben er vaker mee te maken en worden ook wel eens ingeroepen bij een collega-arts via wie een aanvraag voor een mentor of een curator loopt.

Conform de uitkomsten uit het kwantitatieve onderzoek hebben de geïnterviewde huisartsen geen vast beleid om een vertegenwoordiger aan te wijzen voor iedere patiënt. Zij weten wel door de vaak al lang bestaande contacten met patiënten met wie zij in geval van wilsonbekwaamheid moeten overleggen. Meer huiverig dan de andere zorgverleners zijn zij voor het inzetten van andere dan in de Wgbo aangewezen vertegenwoordigers om mee te overleggen in de situatie dat deze niet voorhanden zijn.

#### **6.3.2.5 Ziekenhuisafdelingen**

De meeste ziekenhuisafdelingen hebben een vast beleid om voor iedere patiënt een vertegenwoordiger aan te wijzen (46,7%; n=180). 11,1% zegt voor elke cliënt een contactpersoon aan te wijzen en 4,4% antwoordt dat per situatie bekeken wordt of vertegenwoordiging nodig is. Ruim een derde van de ziekenhuisafdelingen heeft geen beleid om een vertegenwoordiger aan te wijzen (34,4%).

Ook uit de interviews blijkt dat veel ziekenhuizen met contactpersonen werken. Evenals bij huisartsen komt hier in tegenstelling tot de andere zorgaanbieders veel minder in de interviews tot uitdrukking dat burens, kennissen of verre familieleden ingeschakeld worden, al gebeurt dat ook hier wel eens. Een respondent geeft aan dat in zulke gevallen eerder met de huisarts overlegd zal worden wat te doen. Enkele anderen noemen de behandelend arts die aangeeft wat te doen, of maatschappelijk werk die een vertegenwoordigende taak op zich neemt.

Het overleg met contactpersonen kan soms problemen opleveren:

*‘Als er in de relationele sfeer met familieleden al lange tijd iets mis is merk je dat zaken heel stroef verlopen. Dan raak je die patiënten ook moeilijk kwijt, omdat er dan niemand is die constructief kan meedenken.’ (hoofdverpleegkundige interne geneeskunde ziekenhuis)*

#### **6.3.2.6 Conclusie**

Ruim een derde van alle aanbieders van zorg aan psychogeriatrische cliënten heeft geen vast beleid om een vertegenwoordiger aan te wijzen (35,4%; n=359). Met name huisartsen, thuiszorginstellingen en ziekenhuisafdelingen hebben dit minder. Mogelijk heeft dit te maken met de patiëntenpopulatie. Deze zorgaanbieders hebben minder dan woonzorgcomplexen en kleinschalige woonvoorzieningen te maken met wilsonbekwame patiënten en hebben daarom minder een noodzaak om vast een vertegenwoordiger aan te wijzen. Uit de kwalitatieve onderzoeksfase is niet gebleken dat het voorkomt dat er geen vertegenwoordiger wordt aangewezen, terwijl dit wel noodzakelijk is: er wordt vrijwel altijd wel met iemand overlegd.

Bij alle zorgaanbieders komt het bij de zorg aan psychogeriatrische cliënten geregeld voor dat er geen vertegenwoordiger vanuit directe familie voorhanden is. Vrijwel overal overlegt men dan met verdere familieleden, vrienden/kennissen of burens, waarbij deze nauwelijks een andere rol vervullen als ‘echte’ vertegenwoordigers. Huisartsen zijn hier minder stellig en in ziekenhuizen kiest men wanneer er geen vertegenwoordiger is vaker voor overleg met de huisarts.

De gang van zaken met betrekking tot de vertegenwoordiging roept echter wel de vraag op of zorgverleners zich altijd wel even bewust zijn van de formele rol van vertegenwoordigers met betrekking tot het toestemming geven voor een behandeling.

### **6.4 Totstandkoming en inhoud zorgplan**

#### **6.4.1.1 Algemeen**

Behalve door huisartsen wordt door alle zorgaanbieders die deel hebben genomen aan dit onderzoek gewerkt met zorg- of behandelplannen. Bij één thuiszorgorganisatie geldt dit niet voor die situaties waarin uitsluitend huishoudelijke hulp wordt geboden.

Het zorgplan bij de diverse soorten instellingen bevat doorgaans een omschrijving van het probleem, de zorgbehoeftes, een beschrijving van de zorg die geboden wordt en van de doelstellingen van die zorg. Ook bevat het plan meestal een evaluatie. De termijn waarbinnen die evaluatie plaatsvindt wisselt. In het algemeen betreft het een periode van twee tot zes weken.

In onderstaande tabel is beschreven welke items in het zorgplan, of het zorgdossier worden opgenomen. Een interpretatie volgt bij de beschrijving van de zorgvormen.

**Tabel 6-2 Items, opgenomen in zorgplan of zorgdossier, in percentage**

Item in zorgplan	Z-afd.	T-zrg.	H-artsen	WZC	KWV	Totaal
N=	187	53	44	58	22	364
Wilsonbekwaamheid	34,2	17,0	15,9	27,6	45,5	29,1
Vrijheidsbeperkende maatregelen	74,3	28,3	13,6	65,5	59,1	58,0
Behandeling	91,4	67,9	59,1	84,5	90,9	83,0
Medicatie	90,9	90,6	61,4	93,1	77,3	86,8
Dwangbehandeling	16,6	9,4	4,5	10,3	36,4	14,3
Noodsituaties	39,6	28,3	11,4	32,8	27,3	32,7
Overig	10,7	28,3	2,3	12,1	22,7	13,2
Geen van genoemde categorieën	1,6	3,8	0	1,7	0	1,6
Geen zorgplan/dossier	0,5	0	34,1	3,4	0	4,9

#### 6.4.1.2 Thuiszorg

Door het grootste deel van de thuiszorginstellingen wordt voor cliënten altijd een zorgplan opgesteld (86,6%; n=53). Enkel doen het regelmatig (11,3%), terwijl 1,9% meldt het af en toe te doen. Uit Tabel 6-2 blijkt dat vrijheidsbeperkende maatregelen door minder dan een derde van de thuiszorginstellingen in het zorgplan of zorgdossier wordt opgenomen.

De opstelling van zorgplannen in de thuiszorg gebeurt door de eerst verantwoordelijke verpleegkundige. Bij de opstelling ervan is veelal de huisarts betrokken. Eén thuiszorginstelling levert ook overbruggingszorg. Hier adviseert een verpleeghuisarts zowel aan de thuiszorg als aan de huisarts. Overleg over de inhoud van het zorgplan vindt in de regel plaats met familie van de psychogeriatrische cliënten.

Conform het kwantitatieve onderzoek, blijkt ook uit de interviewfase dat in de thuiszorg vrijheidsbeperkingen lang niet altijd in het zorgplan worden opgenomen. Wel staat dit dikwijls in rapportages die onder meer van belang zijn bij de overdracht. Dikwijls liggen die rapportages (ook) bij de mensen thuis. Dat kan tot problemen leiden:

*‘Je hebt zo’n prachtig hulpverleningsplan opgesteld en je hebt een heel verantwoorde rapportage van wat er die dag is gebeurd. En dan kom je de volgende dag en dan hebben ze gewoon alles met tipp-ex weggewist of ze hebben het verscheurd of ze hebben de map leeggehaald. Ja, dat is natuurlijk inherent aan verwarde mensen.’ (stafmedewerker thuiszorg)*

*‘Soms komt het voor, dat hoor ik ook wel van de gespecialiseerde verzorging, dat er cliënten zijn waar je net niet alles op kunt schrijven in een logboek. Waar je toch wel net alles op een andere manier moet doen. Daarbij voelt iedereen dat dat niet kan, maar je weet ook dat als je het wel opschrijft, dat je dan de deur uitgezet wordt, en dat je dus niemand meer helpt.’ (zorgmanager thuiszorg)*

#### 6.4.1.3 Woonzorgcomplexen

5,2% van de woonzorgcomplexen werkt nog niet met een zorgplan (n=58). Enkele stellen af en toe een zorgplan op (3,4%), 6,9% doet dit regelmatig en 84,5% doet het altijd. Bijna twee derde neemt vrijheidsbeperkende maatregelen in het zorgplan of zorgdossier op.

Enkele woonzorgcomplexen hebben een standaardformulier ten behoeve van de opstelling van

een zorgplan, andere hebben dit in ontwikkeling. Bij alle instellingen vindt overleg plaats met ofwel de familie ofwel de cliënt zelf. Enkele geven nadrukkelijk aan het overleg in principe met de cliënt te voeren tenzij dit echt niet meer mogelijk is.

*'Bij mijn moeder is het erg wisselend. Je hebt periodes en dan kom je er en dan heb je zoiets van: hé, kijk nou eens even. En andere periodes denk je echt van ach arm mensje, daar zit je dan te hangen in je stoel en dan kan ze echt helemaal niets meer. En als ze dus zo is, dan wordt natuurlijk alles voor haar gedaan. Maar zo niet, zodra zij denken van hé het kan weer, dan laten ze haar ook weer zelf dingen doen. Maar zelf beslissingen nemen, nou dat kan ze niet meer. Nee, het gaat meer om dingen van dat ze dan op dat moment zelf kan eten, zelf kan drinken en dat laten ze haar dan ook doen. Maar zelf beslissingen nemen, nee. Wat wel nog aan haar gevraagd wordt is of ze op de kamer wil blijven of dat ze naar de groep wil. En als ze nee zegt, dan brengen ze haar terug naar de kamer. Maar dat is dan op zich heel moeilijk, want je weet toch niet altijd echt of haar nee ook nee is, en of ja ook echt ja is.'* (vertegenwoordiger woonzorgcomplex)

*Ja ik was het wel eens met alle onderdelen van het zorgplan, je moet wel natuurlijk. Er waren best wel eens dingen waar we iets over gezegd hebben en waarover we dan konden praten. En als er iets gebeurde of als er een verandering in medicijnen was, meestal geven ze dat ook wel door ja.'* (vertegenwoordiger woonzorgcomplex)

Drie woonzorgcomplexen hebben een multidisciplinair overleg waarin een zorgplan wordt opgesteld. In één woonzorgcomplex zijn bij het overleg uitsluitend die disciplines betrokken die nodig zijn.

*'Wij hebben hier afgelopen jaar wel een multidisciplinair consultteam geprobeerd, dat een aparte bespreking hield, maar dat had dus geen enkele functie. Het is beter om de functionarissen uit te nodigen op het daarvoor bestemde overleg.'* (zorgmanager woonzorgcomplex)

Volgens de respondenten maken vrijheidsbeperkingen altijd deel uit van het zorgplan. Uit de interviews blijkt echter dat lichtere vrijheidsbeperkingen, zoals bijvoorbeeld de toepassing van bedhekken, of het gebruik van een tafelsteun, ook wel uit automatisme worden toegepast. In dat geval maken deze maatregelen geen deel uit van het zorgplan.

#### **6.4.1.4 Kleinschalige woonvoorzieningen**

Kleinschalige woonvoorzieningen stellen in vrijwel alle gevallen een zorgplan op voor hun cliënten (95,5%; n=22); slechts één instelling doet het niet altijd, maar regelmatig (4,5%). Opvallend in Tabel 6-2 is dat een relatief hoog percentage de bevinding van wils(on)bekwaamheid als onderdeel in het zorgplan opneemt. Dat lijkt erop te wijzen dat de bevindingen met betrekking tot wilsonbekwaamheid die tijdens de interviews gevonden zijn (weergegeven in par. 6.3.1.3) niet geheel representatief zijn, wat goed mogelijk is daar slechts in één instelling geïnterviewd is.

Uit Tabel 6-2 blijkt verder dat vrijheidsbeperkende maatregelen minder vaak dan in woonzorgcomplexen in het zorgplan of zorgdossier worden opgenomen.

In de bezochte kleinschalige woonvoorzieningen worden vrijheidsbeperkende maatregelen, indien ze worden toegepast en voor zover ze als zodanig worden beschouwd, wel in het zorgplan opgenomen.

Tijdens de interviews wordt benadrukt dat het zorgplan in de zorg een centrale functie inneemt.

*'We werken met zorgplannen. Om de zorg zo goed mogelijk te laten verlopen, we werken hier met een estafette model 24 uur per dag, moet je overdrachten hebben en daar hebben we zorgplannen voor. We hebben eens in de zes weken een bewonersoverleg. Elke week hebben we dus een andere bewoner. Alle verzorgenden in het team zitten dan bij elkaar met de verpleeghuisartsen. Dan bespreken wij het zorgplan. De problemen bespreken wij, de medische achtergrond. Dat soort problemen. Omgangsvormen, hoe gaat het met de familie. Alles wat met je eigen gevoel te maken heeft. We ondersteunen elkaar. En dat wordt dan opgeschreven. Daar hoort dan ook een zorgplan bij.'* (directeur KWV)

Het zorgplan in deze zorgvoorziening wordt opgesteld in overleg met verzorgers, verpleeghuisarts, psycholoog en met fysiotherapeuten. De familie zit er doorgaans niet bij, hoewel dit wel wordt aangeboden. Wel is er geregeld vooroverleg tussen verzorgers en familie. Het multidisciplinaire bewonersoverleg wordt eens in de zes weken gehouden en naar aanleiding daarvan worden zorgplannen ook bijgesteld. Naast genoemde disciplines wordt de huisarts nauwgezet op de hoogte gehouden, omdat deze medisch eindverantwoordelijk is voor zijn patiënt. De verpleeghuisarts vervult slechts een consulterende functie.

#### 6.4.1.5 Huisartsen

Huisartsen zijn de categorie zorgaanbieders die het minst vaak met zorgplannen werkt. Ruim de helft van de respondenten doet dit nooit (26,7%; n=45) of vrijwel nooit (31,1%). 24,4% doet het af en toe, 13,3% regelmatig en slechts 4,4% altijd.

Geen van de huisartsen die aan de interviews hebben meegewerkt, werkt met zorgplannen. Zorgdossiers hebben de meeste huisartsen wel, zo blijkt ook uit Tabel 6-2. Toch vult ook hier een derde van de huisartsen in dat er noch een zorgplan noch een zorgdossier is.

Is er wel een zorgdossier dan zijn behandeling en medicatie de meest voorkomende items.

#### 6.4.1.6 Ziekenhuisafdelingen

Bij ziekenhuisafdelingen werkt bijna driekwart altijd met zorgplannen (73,1%; n=186). 16,7% gebruikt regelmatig zorgplannen, 6,5% af en toe, 1,6% bijna nooit en 2,2% helemaal nooit. Uit Tabel 6-2 blijkt dat eenderde van de ziekenhuisafdelingen wilsonbekwaamheid regelmatig als onderdeel in het zorgplan of –dossier opneemt. Driekwart legt hier ook vrijheidsbeperkende maatregelen in vast.

Sommige ziekenhuizen werken met aparte verpleeg- of zorgplannen; andere hebben een geïntegreerd behandelplan, waar zowel geneeskundige als verpleegkundige aspecten in opgenomen zijn. Ook de meeste ziekenhuizen werken bij de opstelling van het zorg- of behandelplan meestal met een multidisciplinair team. Opvallend is dat in slechts één van de onderzochte ziekenhuizen expliciet naar voren komt dat de patiënt of in geval van wilsonbekwaamheid diens vertegenwoordiger om toestemming wordt gevraagd voor het zorgplan.

*‘Bij de opstelling van het zorgplan is de patiënt betrokken, de verpleging, de behandelend arts en de familie, de vertegenwoordiger. We overleggen steeds altijd eerst met de patiënten, ook al is er een vertegenwoordiger. Wel kunnen we natuurlijk aan de vertegenwoordiger vragen om dat overleg op zich te nemen, want deze is natuurlijk ook verplicht om te kijken wat de betrokkene zelf voor wensen heeft. Dus als het gaat om dingen die de patiënt nog zelf kan beslissen, dan heb je daar natuurlijk niet echt de vertegenwoordiger voor nodig.’ (geriater ziekenhuis)*

Uit interviews uit andere ziekenhuizen komt de rol van de vertegenwoordiger bij beschrijving van de procedure van de opstelling van het zorgplan in het geheel niet aan de orde. Enkele respondenten uit hetzelfde ziekenhuis geven zelfs nadrukkelijk aan dat vertegenwoordigers niet om toestemming wordt gevraagd.

*‘De patiënt en de vertegenwoordiger hebben geen rol bij de opstelling van het zorgplan. Alleen de benadering los van het zorgplan wordt wel besproken. Bijvoorbeeld hoe je met dementerenden hier op deze afdeling met familie omgaat, dat wordt wel besproken met de familie. Maar ze weten niet van een zorgplan. Ze mogen het wel weten, maar wij informeren hen daar niet over, nee dat doen wij niet. Dus in het algemeen is het hier geen methodiek dat de patiënt is betrokken bij de opstelling van het zorgplan.’ (verpleegkundige afdeling geriatrie ziekenhuis)*

Het vermoeden bestaat dat dikwijls niet om toestemming gevraagd wordt, zoals ook naar voren komt in de volgende citaten:

*‘Als er iets gedaan moet worden, hetzij hij komt hier op de afdeling, of een fixatie of een extra medicijn of het maakt niet uit wat, dan wordt het gewoon gedaan en dan wordt het eigenlijk aan niemand echt verteld. Ik denk dat als je artsen hier zou vragen naar hun wettelijke bevoegdheden*

*en de rechten van de patiënt dan denk ik dat voor hen niet altijd relevant is hoe het volgens het boekje zou moeten gaan. Daar hebben ze vaak ook niet het overzicht van. Over het algemeen is het toch dat als je in een ziekenhuis bent, dat daar beslissingen voor je genomen worden.’ (verpleegkundige afdeling longziekten)*

*‘Na het MDO worden families niet opgebeld. Als er echt heel veel veranderingen zijn, of als er uitslagen zijn van onderzoeken, dan wordt er een familiegesprek gepland. Dat kan al na drie dagen, maar het kan ook dat dit na twee weken is. Bij zo’n familiegesprek zit een verpleegkundige, een arts, en als het van toepassing zijn ook de maatschappelijk werker.’ (verpleegkundige klinische geriatrie ziekenhuis)*

#### **6.4.1.7 Conclusie**

Het overgrote deel van de zorgaanbieders die zorg verlenen aan psychogeriatrische cliënten, werkt altijd met zorgplannen (69,8%; n=364); daarnaast doet 13,2% dit regelmatig. Met name huisartsen gebruiken zeer weinig zorgplannen. Mogelijk heeft dit te maken van de aard van de zorg die geboden wordt. Vrijheidsbeperkende maatregelen wordt door iets meer dan de helft van de zorgaanbieders in zorgplan of –dossier vastgelegd. Het meest gebeurt dit in ziekenhuizen en woonzorgcomplexen. Medicatie is bij alle zorgaanbieders het meest voorkomende item dat in het zorgplan wordt opgenomen.

Tijdens het kwalitatieve onderzoek is ingegaan op de procedure. Bij veel zorgaanbieders blijkt het zorgplan het product van multidisciplinair overleg. In veel gevallen wordt de vertegenwoordiger om toestemming gevraagd, maar bij het overleg zelf is deze minder betrokken. Opvallend is dat in ziekenhuizen aan de vertegenwoordiger dikwijls niet om toestemming lijkt te worden gevraagd.

### **6.5 Toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen, bij overeenkomst, in het kader van dwangbehandeling en in het geval van een noodsituatie**

#### **6.5.1 Definitie vrijheidsbeperkingen**

##### **6.5.1.1 Algemeen**

Aan alle respondenten is tijdens de interviews de vraag gesteld wat ze onder vrijheidsbeperkingen verstaan. Slechts weinigen geven in antwoord daarop een definitie. Dit gebeurt uitsluitend door enkelen die zeer goed op de hoogte zijn van het begrip. De meesten komen met voorbeelden van maatregelen die zij onder vrijheidsbeperkingen verstaan. Uit de gegeven antwoorden blijkt dat in alle settings kennis over wat onder een vrijheidsbeperking moet worden verstaan, wisselend is. Een verslag volgt in de subparagrafen.

In de grote vragenlijst is aan de respondenten gevraagd om van een aantal beschreven maatregelen aan te geven welke vrijheidsbeperkend worden gevonden. Hieronder is een tabel te zien voor welke maatregelen men dit vindt, gezien over alle zorgaanbieders. In iedere subparagraaf wordt voor iedere zorgaanbieder afzonderlijk een overzicht gegeven.

**Tabel 6-3 Welke maatregelen zijn vrijheidsbeperkend, zorginstellingen algemeen, in procenten**

	Maatregel	Percentage N=373
1.	Zware fixatie (o.a. Zweedse banden)	94,9
2.	Deur op slot	82,6
3.	Bedhekken plaatsen	76,1
4.	Lichte fixatie (o.a. diepe stoel, tafelsteun e.d.)	74,0
5.	Sederende medicatie of psychofarmaca	70,5
6.	Toedienen voedsel/vocht tegen wil	69,4
7.	Afzondering	68,9
8.	Gecamoufleerd toedienen van medicatie	66,2
9.	Beperken telefoonverkeer	66,0
10.	Controleren poststukken	62,2
11.	Beperken ontvangen bezoek	61,7
12.	Gebruik belmat, deurmelder e.d.	42,1
13.	Overige maatregelen	2,1

Uit de tabel blijkt dat zware fixatie het meest en het gebruik van belmatten, deurmelder en dergelijke het minst als vrijheidsbeperkend worden beschouwd. Onder 'overige beperkingen' werden meestal andere elektronische hulpmiddelen genoemd.

#### 6.5.1.2 Thuiszorg

**Tabel 6-4 Welke maatregelen zijn vrijheidsbeperkend, thuiszorg, in procenten**

	Maatregel	Percentage N=51
1.	Zware fixatie (o.a. Zweedse banden)	92,2
2.	Deur op slot	84,3
3.	Afzondering	80,4
4.	Gecamoufleerd toedienen van medicatie	76,5
5.	Toedienen voedsel/vocht tegen wil	72,5
6.	Bedhekken plaatsen	68,6
7.	Controleren poststukken	68,6
8.	Beperken telefoonverkeer	68,6
9.	Lichte fixatie (o.a. diepe stoel, tafelsteun e.d.)	66,7
10.	Sederende medicatie of psychofarmaca	66,7
11.	Beperken ontvangen bezoek	66,7
12.	Gebruik belmat, deurmelder e.d.	39,2
13.	Anders	1,8

Opvallend is dat afzondering vaker en het plaatsen van bedhekken, lichte fixatiemiddelen, en het gebruik van sederende medicatie minder vaak dan het algemene beeld laat zien, als vrijheidsbeperkende maatregelen worden beschouwd. Van de laatste drie maatregelen mag immers verwacht worden dat zorgverleners er in de thuiszorg vaker mee te maken krijgt dan maatregelen als zware fixatie, deur op slot of afzondering.

In de thuiszorg wordt door vrijwel alle geïnterviewde respondenten het eerst verwezen naar het op slot doen van deuren als naar een definitie van vrijheidsbeperkingen wordt gevraagd. Ook het plaatsen van bedhekken wordt door de meeste respondenten wel als vrijheidsbeperking herkend, al vinden sommigen dat het meer een beschermende maatregel is.

*'Als je de bedhekken omhoog doet vanwege uit bed vallen, dat is in mijn logisch denken niet te combineren met onrust en eruit proberen te klimmen. Zo gezien zullen ze niet zo snel de bedhekken omhoog doen. Dan heb je het over mensen waarbij het echt gevaarlijk is als ze uit bed vallen. En in de andere situatie, ja dan heb je het echt over hét doel is dan ook echt vrijheidsbeperking. En dan moet je bijna aan andere dingen ook nog gaan denken, want dan is het bedhek blijkbaar niet voldoende, mensen blijven er dan toch gewoon uit komen. En vallen dan ook. Dan kun je beter nog het hek naar beneden doen en dan vast op de grond leggen of zo. (beleidsmedewerker thuiszorg)*

Met andere woorden: als het doel van de handeling echt vrijheidsbeperking is dan zijn bedhekken geen afdoende middel; het gebruik ervan kan dan zelfs tot gevaarlijke situaties leiden. Mede om die reden wordt het gebruik ervan niet altijd als een vrijheidsbeperkende maatregel gezien. De uitspraken tijdens de interviews verklaren daarmee de relatief kleinere groep respondenten uit het kwantitatieve onderzoek die bedhekken als vrijheidsbeperkende maatregel zien.

Enkele respondenten noemen naast de eerdergenoemde voorbeelden ook het gecamoufleerd toedienen van medicatie en het plaatsen van cliënten in een diepe stoel (lichte fixatie) als vrijheidsbeperkende maatregelen. Ook vastbinden (zware fixatie) wordt door een respondent gekwalificeerd als vrijheidsbeperking.

*'Onder vrijheidsbeperkende handelingen versta ik deur op slot, dat soort, bedhekken omhoog, ja, mensen van wie toch, de armen worden vastgebonden zal ik maar zeggen; als ze de katheter eruit willen trekken. Dat zijn ze denk ik wel.' (verpleegkundige thuiszorg)*

### 6.5.1.3 Woonzorgcomplexen

**Tabel 6-5 Welke maatregelen zijn vrijheidsbeperkend, woonzorgcomplexen, in procenten**

	Maatregel	Percentage N=56
1.	Zware fixatie (o.a. Zweedse banden)	89.3
2.	Bedhekken plaatsen	87.5
3.	Lichte fixatie (o.a. diepe stoel, tafelsteun e.d.)	83.9
4.	Deur op slot	80.4
5.	Gecamoufleerd toedienen van medicatie	75.0
6.	Afzondering	73.2
7.	Toedienen voedsel/vocht tegen wil	73.2
8.	Beperken telefoonverkeer	67.9
9.	Sederende medicatie of psychofarmaca	66.1
10.	Beperken ontvangen bezoek	66.1
11.	Controleren poststukken	62.5
12.	Gebruik belmat, deurmelder e.d.	55.4
13.	Anders	1.8

Het gebruik van sederende medicatie en psychofarmaca worden bij woonzorgcomplexen minder vaak dan het algemene beeld laat zien, als vrijheidsbeperkende maatregelen beschouwd. Het gebruik van lichte fixatie en bedhekken juist vaker. Van deze maatregelen mag worden verwacht dat ze in woonzorgcomplexen ook geregeld worden gebruikt.

In de bezochte woonzorgcomplexen is kennis over het begrip vrijheidsbeperkingen wisselend. Veel respondenten zijn zeer goed op de hoogte van wat eronder moet worden verstaan.

*'Ja, ik denk dat betekent het beperkt worden in de mate van het gaan en staan, zeg maar hè. Dus ik noem maar iets, bijvoorbeeld het vastbinden op een stoel of de deur op slot doen van de flat, appartement of kamer, hoe je het ook noemen wil, of eh ja in bed, zeg maar vast kluisteren, gewoon*



*met bedhekken of iets dergelijks. Met een onrustband of in ieder geval dat ze niet de vrijheid hebben om naar buiten te gaan, gewoon zich te verplaatsen waar ze naartoe willen. En ook bijvoorbeeld mensen in een diepe stoel zetten dat ze d'r niet meer makkelijk uit kunnen. En ook een gekantelde rolstoel, en tafelstem of een bedtafeltje ervoor zetten of gewoon barricades opbouwen.' (verzorgende woonzorgcomplex)*

*'We verstaan van alles onder vrijheidsbeperkende maatregelen. Van het toedienen van medicijnen waarbij je moet denken dat iemand niet meer ze bewust inneemt. Of toedienen van vocht of het niet toedienen van vocht, gebruik van bedhekken. Wat wij dus wel eens hebben gedaan, is bijvoorbeeld een alarmeringssysteem op bed en zodra een bewoner uit bed stapt, dat er dan alarm gemaakt wordt, dat is ook een vorm van beschermende maatregelen. Nou het iemand vastbinden. Dat doen wij dus niet. Dat gebeurt niet. Maar wel iemand bijvoorbeeld in een rolstoel en dan wat achterover kantelen. Iemand tegen de tafel zetten waardoor hij geen kant meer op kan. Dat zijn allemaal van die maatregelen, dat is heel breed natuurlijk.' (zorgmanager woonzorgcomplex)*

Een andere respondent is van mening dat vrijheidsbeperkingen die overeengekomen zijn niet als vrijheidsbeperkende maatregelen moeten worden gezien.

*'Vrijheidsbeperkingen komen heel zelden voor, moet ik er gelijk bij zeggen. Want meestal is het dan toch dat je zaken in overleg doet en dan is het een zorgafpraak (manager woonzorgcomplex)*

Aan enkele respondenten moest het begrip nader uitgelegd worden en riep ook het begrip 'beschermende maatregelen' geen associaties op.

#### 6.5.1.4 Kleinschalige woonvoorzieningen

**Tabel 6-6 Welke maatregelen zijn vrijheidsbeperkend, kleinschalige woonvoorzieningen, in procenten**

	Maatregel	Percentage N=22
1.	Lichte fixatie (o.a. diepe stoel, tafelsteun e.d.)	100,0
2.	Bedhekken plaatsen	95,5
3.	Zware fixatie (o.a. Zweedse banden)	95,5
4.	Deur op slot	95,5
5.	Sederende medicatie of psychofarmaca	86,4
6.	Toedienen voedsel/vocht tegen wil	86,4
7.	Afzondering	81,8
8.	Gecamoufleerd toedienen van medicatie	81,8
9.	Beperken telefoonverkeer	72,7
10.	Controleren poststukken	68,2
11.	Beperken ontvangen bezoek	68,2
12.	Gebruik belmat, deurmelder e.d.	40,9
13.	Anders	2,1

Kleinschalige woonvoorzieningen scoren over het geheel iets hoger bij alle maatregelen die vrijheidsbeperkend gevonden worden. Dit geldt niet voor het gebruik van belmatten en deurmelders.

Uit de interviews met zorgverleners blijkt dat in de bezochte kleinschalige woonvoorziening het begrip vrijheidsbeperking ruim wordt opgevat; ook het gebruik van belmatten en het gebruik van medicatie wordt eronder begrepen. De instelling werkt ten behoeve van het toezicht 's nachts ook met een (af)luistersysteem. Dit wordt standaard bij iedereen toegepast, maar door geen van de respondenten als vrijheidsbeperkende maatregel beschouwd. Daarnaast is ook de deur die de instelling met de straat verbindt in principe voor bewoners gesloten. Slechts bij hoge uitzondering wordt hiervan afgeweken. Uit de gesprekken blijkt ook niet dat dit gegeven echt als

vrijheidsbeperkende maatregel wordt beschouwd.

Daarnaast wordt door de respondenten iemand naar de kamer sturen, wat ook wel eens voorkomt, niet als vrijheidsbeperkende maatregel wordt beschouwd:

*'Ik vind iemand naar de kamer sturen, eigenlijk niet echt een vrijheidsbeperkende maatregel. Het is dan misschien prettiger voor iemand om dan alleen op de kamer te zijn, omdat je vaak reacties krijgt van de andere bewoners. Dat kan soms vervelend worden. om iemand dan te beschermen tegen die groep gaat die even weg totdat de rust weer terugkeert. Het kan ook voorkomen dat iemand heel hard zit te roepen en te schreeuwen, dat het storend is. ze kunnen dan niet met elkaar praten of naar een TV-programma kijken. Maar het gebeurt niet vaak hoor, in de andere huisjes ook niet.'* (verzorgende KWV)

#### 6.5.1.5 Huisartsen

**Tabel 6-7 Welke maatregelen zijn vrijheidsbeperkend, huisartsen, in procenten**

Maatregel		Percentage N=49
1.	Zware fixatie (o.a. Zweedse banden)	93,9
2.	Deur op slot	89,8
3.	Afzondering	81,6
4.	Beperken telefoonverkeer	79,6
5.	Toedienen voedsel/vocht tegen wil	75,5
6.	Beperken ontvangen bezoek	73,5
7.	Bedhekken plaatsen	71,4
8.	Controleren poststukken	69,4
9.	Gecamoufleerd toedienen van medicatie	65,3
10.	Lichte fixatie (o.a. diepe stoel, tafelsteun e.d.)	57,1
11.	Sederende medicatie of psychofarmaca	55,1
12.	Gebruik belmat, deurmelder e.d.	38,8
13.	Anders	0

Met name lichte fixatie en het gebruik van sederende medicatie of psychofarmaca wordt door huisartsen beduidend minder vaak dan gemiddeld als vrijheidsbeperkende maatregel gescoord, afzondering en het afsluiten van deuren juist vaker. Met name van het gebruik van medicatie mag worden verwacht dat dit door huisartsen juist vaak zal worden gebruikt.

De geïnterviewde huisartsen denken bij toepassingen van vrijheidsbeperkingen het eerst aan fysieke vrijheidsbeperkingen, zoals het gebruik van Zweedse banden. Ook het op slot doen van deuren wordt als vrijheidsbeperking herkend. Dat geldt echter niet voor minder duidelijk beperkende maatregelen, zoals het gebruik van bedhekken, het plaatsen van een tafelsteun of iemand in een diepe stoel zetten waar hij niet zelfstandig uit kan komen.

*'In de extreme vorm heb je het, bijvoorbeeld wanneer je iemand hebt die terminaal is, ziek wordt, pijn heeft, medicatie krijgt of een delirium heeft, uit bed wil en niet uit bed kan en vastgebonden wordt inderdaad. Maar je hebt ook mensen die moeten regelmatig teruggebracht worden naar het verzorgingshuis, omdat ze niet, ja, omdat ze zwerven en het verzorgingshuis niet meer terugvinden. (...) En zo'n man die wordt bij de voordeur dan teruggeroepen. Dus dat is ook een vrijheidsbeperkende maatregel. Terwijl hij dan, als hij samen met iemand op pad gaat, dan wordt het wel toegestaan. Dus het is heel verschillend. De één die krijgt twee of drie vierkante meter om te bewegen, omdat hij op dat moment niet capabel is om daarbuiten te komen, en anderen een heel huis, waar ze zonder begeleiding mogen lopen. Je moet het per individu bekijken. Het is heel moeilijk om daar een definitie voor te geven, hè. Ik denk dat het heel afhankelijk is van wat een persoon kan.'*

(huisarts)

De uitspraken die door de huisartsen over de definitie van vrijheidsbeperkingen zijn gedaan, komen derhalve overheen met de bevindingen ten aanzien van huisartsen in het kwantitatieve onderzoek.

#### 6.5.1.6 Ziekenhuisafdelingen

**Tabel 6-8 Welke maatregelen zijn vrijheidsbeperkend, ziekenhuisafdelingen, in procenten**

	Maatregel	Percentage N=195
1.	Zware fixatie (o.a. Zweedse banden)	97,4
2.	Deur op slot	80,0
3.	Sederende medicatie of psychofarmaca	74,9
4.	Lichte fixatie (o.a. diepe stoel, tafelsteun e.d.)	74,4
5.	Bedhekken plaatsen	73,8
6.	Toedienen voedsel/vocht tegen wil	64,1
7.	Beperken telefoonverkeer	60,5
8.	Afzondering	60,0
9.	Gecamoufleerd toedienen van medicatie	59,5
10.	Controleren poststukken	57,9
11.	Beperken ontvangen bezoek	55,4
12.	Gebruik belmat, deurmelder e.d.	40,0
13.	Anders	2,1

Het gebruik van sederende medicatie of psychofarmaca wordt in de ziekenhuizen vaker beschouwd als vrijheidsbeperkende maatregel; het gecamoufleerd toedienen van medicatie echter minder vaak. Van beide middelen/maatregelen mag worden verwacht dat dit in ziekenhuizen geregeld wordt toegepast.

De meeste respondenten in de ziekenhuizen denken vooral aan fixeren als naar de betekenis van het begrip 'vrijheidsbeperkingen' wordt gevraagd. Bij fixeren gaat het dan vooral om Zweedse banden of het gebruik van polsbandjes en dergelijke.

*'In de praktijk betekent dat vaak fixeren, dus het vastleggen van patiënten met behulp van Zweedse banden of polsbanden, en daarnaast kan het ook zo zijn dat patiënten een afdelingsarrest krijgen; zo van ga niet buiten de deuren van de afdeling.(...) Het toepassen van bedhekken? Ja, ik neem aan dat dat hier ook wel voorkomt. In de praktijk wordt dat niet gezien als een vrijheidsbeperkende maatregel. Meer als een voorzorgsmaatregel om te voorkomen dat patiënten uit bed vallen'. (afdelingshoofd interne geneeskunde ziekenhuis)*

Ook uit andere interviews blijkt dat bedhekken lang niet altijd als vrijheidsbeperking worden gezien, maar gezien de uitkomsten van het kwantitatieve onderzoek mag worden verwacht dat dit in ziekenhuizen niet vaker het geval is, dan bij andere zorgaanbieders.

Enkele respondenten geven een bredere uitleg aan vrijheidsbeperkende maatregelen. Daarbij gaat het met name om geriateren en specialistisch verpleegkundigen, dat wil zeggen verpleegkundigen die een speciale opleiding hebben gehad om met psychogeriatrische patiënten te werken.

*'Dat zijn allemaal handelingen die je dus kunt uitoefenen of doen om iemand te beschermen tegen zichzelf of tegen gevaar. En dat hoeft niet meteen fixatie te zijn, maar dat kan eigenlijk van alles zijn. Dat kan iemand voor een tafel zetten zijn, tot en met fixeren in bed toe. Andere voorbeelden*

*zijn een werkblad in een rolstoel...je kunt iemand chemisch fixeren, maar dat gebeurt gelukkig niet. Ik moet zeggen dat ik dat nog niet mee heb gemaakt.’ (specialistisch verpleegkundige interne geneeskunde ziekenhuis)*

Uit het interview met het RIO komt eveneens naar voren dat alleen duidelijk fysieke vrijheidsbeperkingen onder vrijheidsbeperkende maatregelen worden begrepen.

#### **6.5.1.7 Conclusie**

Opvallend bij alle tabellen in deze paragraaf is het feit dat de percentages over het geheel gezien vrij hoog zijn. Dit heeft mogelijk te maken met de wijze waarop de vraag gesteld is, waardoor respondenten wellicht een maatregel eerder als vrijheidsbeperking zien dan zij in de praktijk zouden doen. Het kan daardoor zijn dat de percentages hoger uitvallen, zonder dat zij echter afbreuk doen aan de betrouwbaarheid van de onderlinge relativiteit.

Vrijheidsbeperkende maatregelen roepen bij aanbieders van zorg voor psychogeriatrische patiënten vooral een associatie op met fysieke vrijheidsbeperkingen. Het gebruik van Zweedse banden en andere zware fixatiemiddelen, het afsluiten van deuren, alsmede het plaatsen van beddekken beantwoorden het meest aan dat beeld, waarbij moet worden opgemerkt dat met name het plaatsen van beddekken door bepaalde respondentengroepen (thuiszorg, huisartsen, ziekenhuizen) minder als vrijheidsbeperkend worden gezien dan de overige. Ook tijdens de interviews komt dit naar voren. Een andere vrijheidsbeperkende maatregel waar door respondenten wisselend tegenaan wordt gekeken zijn sederende medicatie en psychofarmaca. Op dit onderwerp wordt in de volgende paragraaf nader ingegaan.

Een ander punt dat er in deze paragraaf uitspringt is het feit dat enkele respondentengroepen vrijheidsbeperkende maatregelen, waarvan mag worden verwacht dat ze die zelf geregeld toepassen, minder vaak dan gemiddeld als vrijheidsbeperkende maatregel beschouwen. Dit is met name het geval in de thuiszorg, bij woonzorgcomplexen en onder huisartsen.

### **6.5.2 Medicatie als vrijheidsbeperking?**

Uit eerdere onderzoeken, zoals de evaluatie van de Wet Bopz en de toepassing van vrijheidsbeperkingen in verzorgingshuizen, is gebleken dat men in het veld medicatie, en dan met name psychofarmaca en sederende medicatie, in het algemeen niet als vrijheidsbeperking ziet. Een discussiepunt bij het gebruik van medicatie is dat het doel ervan veelal niet zozeer ligt in het vrijheidsbeperkende karakter ervan, maar de bestrijding van bijvoorbeeld onrustig gedrag, of agressief gedrag als gevolg van waanvoorstellingen. (Arends, et al., 2002; Arends en Stigter, 2003) Dat maakt het voor zorgverleners soms moeilijk om het vrijheidsbeperkende karakter ervan te onderkennen.

Ook tijdens dit onderzoek is, zoals in de vorige paragraaf reeds bleek, toepassing van sederende medicatie en psychofarmaca een speciaal onderwerp van aandacht geweest. Onderzocht is hoe respondenten ertegenaan kijken en tevens is nagegaan in hoeverre deze medicatie gebruikt wordt en om welke redenen. In deze paragraaf wordt met name belicht wat tijdens de interviews hierover aan de orde is geweest

#### **6.5.2.1 Thuiszorg**

In de thuiszorg wordt het gebruik sederende medicatie en psychofarmaca meestal niet als vrijheidsbeperkende maatregelen gezien. Opvallend is echter dat twee respondenten van twee verschillende thuiszorginstellingen dit wel doen. Eén verwijst daarbij naar de cbo-richtlijn vrijheidsbeperkende maatregelen en de ander heeft hierover een artikel gelezen. Zij geven niet alleen aan dat zij van mening zijn dat deze vormen van medicatie als vrijheidsbeperking gezien moeten worden, maar benadrukken dat dit in de praktijk ook op deze manier gebruikt wordt. Uit interviews met respondenten van andere thuiszorginstellingen blijkt eveneens dat medicatie als alternatief voor vrijheidsbeperkingen toegepast wordt.

*'Stel dat in het verpleeghuis geen plaats is, dan zou een vrijheidsbeperkende maatregel het uiterste zijn, maar eerst die andere vormen proberen. Kijk, medicijnen, daar kun je dan ook nog wel eens iets mee. Ja, van die sederende medicatie of zo. Gewoon om de mensen wat rustiger te maken.'* (verpleegkundige thuiszorg)

### 6.5.2.2 Woonzorgcomplexen

In de woonzorgcomplexen gaat men met medicatie op dezelfde manier om als in de thuiszorg: in het algemeen wordt het niet als vrijheidsbeperkende maatregel gezien. Uit de interviews blijkt ook hier dat medicatie regelmatig als alternatief voor een fysieke vrijheidsbeperking wordt gebruikt.

*'Kijk, er wordt, denk ik, wel zoveel mogelijk aan gedaan om de mensen hier te houden. Of andere medicatie of druppels of weet ik veel wat. Of overdag meer activiteiten, meer bezig, zodat ze te moe zijn om 's nachts... om die dagstructuur beter te krijgen. Ja daar wordt wel eerst goed naar gekeken, want wij willen de mensen hier niet zo gauw weghebben. (verzorgende woonzorgcomplex)*

*'Zoals het nu functioneert zal er eerst gezocht worden naar een andere oplossing dan toepassing van vrijheidsbeperkingen. Misschien wordt dan toch medicatie toegepast, dat zou dan ook kunnen, ja.'* (zorgmanager woonzorgcomplex)

*'Ze [een bewoner] komt elke keer weer van haar appartement af. Dat is voor de nachtdienst wel vervelend hoor. Soms is het wel zeven á acht keer op een nacht dat zij eraf gaat. En wat doe je dan, dan geef je rustgevende medicatie zodat ze de hele dag suf is, de hele avond suf is. Dat ze gewoon compleet van de wereld is. Nou, dat kun je dan ook wel een beetje als een noodsituatie zien, zodat zij er niet zo vaak naar toe hoeven gaan. En het voorkomt ook dat zij één van de zeven keer valt en iets breekt.'* (verzorgende woonzorgcomplex)

### 6.5.2.3 Kleinschalige woonvoorzieningen

In de bezochte kleinschalige woonvoorziening wordt het gebruik van medicatie en psychofarmaca wel als vrijheidsbeperkende maatregel beschouwd. Tijdens de interviews wordt benadrukt dat er terughoudend mee omgesprongen wordt:

*'Er zijn nu bij onze bewoners drie tot vier bewoners van de zesendertig bij wie medicatie wordt voorgeschreven, omdat ze grensoverschrijdend gedrag vertonen. Verder zijn er wel een aantal mensen die slaapmedicatie gebruiken, maar verhoudingsgewijs schijnt het hier veel minder voor te komen dan in een normaal verpleeghuis. Daar is ook onderzoek naar gedaan. Wij schrijven hier alleen slaapmedicatie voor als we daadwerkelijk merken dat mensen het dag- en nachtritme om-draaien. En als er eerst geprobeerd is daar structuur in aan te brengen. Dan pas wordt er, soms tijdelijk. Overwogen op slaapmedicatie. Het heeft vaak geen zin de bewoner zelf in die beslissing te betrekken. Voor de bewoners zelf is het vaak niet meer bespreekbaar. Die heeft zelf niet in de gaten dat hij zodanig in de war is dat hij halverwege de nacht de keuken ingaat, enzovoorts. Maar overleg is altijd wel handig met de familie en met de huisarts en de verpleeghuisarts. De bewoner zelf weet dan dus vaak niet meer wat ze slikken, al is het wel zo dat het altijd aan de bewoner wordt gezegd dat hij medicatie krijgt.'* (manager KWV)

Het gebruik van medicatie lijkt wel iets dat in deze zorgvorm geregeld aan de orde is, zo blijkt uit alle interviews.

*'Je besluit dat iemand druppeltjes nodig heeft, als iemand onrustiger is of agressiever, of zich niet lekker voelt. Onrust is als iemand dagelijks niet naar bed wil en zich duidelijk niet prettig voelt, zich afzet tegen alles en iedereen. Je kan aanbieden wat je wilt, maar je kan er niets meer mee. En soms ook bij agressiviteit. Misschien dat ze dan toch iets verdoofd moeten worden. (...) Twee van mijn zes bewoners hebben nu die medicijnen. Wat slaapmedicatie betreft is er nu een meneer die valeriaan heeft. Als de nachtdienst zag dat hij onrustig was, dan konden ze hem slaapmedicatie*

*geven. Maar dat is gestopt en de kinderen zijn met die valeriaandruppels begonnen. Die hebben dat voorgesteld en wij hebben dat gedaan en dat werkt prima.’ (verzorgende KWV)*

De mate waarin bewoners de medicatie uit vrije wil slikken is niet helemaal duidelijk. Enkele respondenten zeggen dat het feit dat bewoners zien dat druppels of andere medicijnen in appelmoes of pap worden gedaan, en daar niet tegen ageren voldoende aangeeft dat ze het ermee eens zijn, zeker als ze wel nog tot een reactie in staat zijn. Een ander geeft aan dat in 80% van de gevallen de medicijnen gewoon door bewoners worden ingenomen, maar dat bij de overigen wel sprake van enige dwang kan zijn. Bovendien benadrukt deze respondent het feit dat veel afhangt van de sociale vaardigheden van verzorgenden om de noodzaak van het gebruik medicijnen op een adequate manier over te brengen.

Uit het interview met de vertegenwoordiger dat het gebruik van de medicatie wel in nauw overleg met de familie gebeurt:

*‘Mijn vader heeft een tijd terug wel even een medicijn gehad om onrust weg te nemen en de angsten die hij had, maar daar werd hij zo suf van. Dat vonden zij zelf [de verzorgenden -LA] ook heel naar. En toen vroegen zij van zullen we daar ook mee stoppen? En dat wilden wij liever wel.’ (vertegenwoordiger KWV)*

#### **6.5.2.4 Huisartsen**

De geïnterviewde huisartsen zien het verstrekken van sederende medicatie en psychofarmaca niet als vrijheidsbeperkende maatregel.

*‘Ja, als psychogeriatrische patiënten in een psychose zijn, dan wordt er wel eens een spuit gegeven. Dan spuit je wel eens haldol bijvoorbeeld. Maar het is niet zo, dat dat nou afgeweerd wordt en dat dat niet mag van zo’n patiënt. Dat heb ik nog niet meegemaakt. Maar dat zou best kunnen, dat zou mij morgen kunnen overkomen. Hè, dat we dan zeggen van nou het is toch wel heel goed voor u, en we doen het toch maar. Ik heb het nu nog niet meegemaakt.’ (huisarts)*

Andere artsen benadrukken vooral het feit dat medicatie niet wordt voorgeschreven om de vrijheid te beperken, maar onrust weg te nemen of om de patiënt ‘hanteerbaar’ te houden en beschouwen het daarom niet als vrijheidsbeperking.

*‘(...) zodat hij rustig is en de kunst is dan natuurlijk om het zo te creëren dat hij niet als een zombie rondloopt, want dat is ook de bedoeling niet. Maar dat hij hanteerbaar is, laat ik het zo maar zeggen. (huisarts)*

Eén huisarts geeft desgevraagd toe dat het toedienen van medicatie wel degelijk vrijheidsbeperkend kan zijn, maar betoogt eveneens dat het afhangt van de reden waarom die medicatie wordt toegediend.

*‘Je kan het ook doen als mensen zoveel last hebben van onrust. Dat ze weinig toegankelijk zijn. Er zitten meer kanten aan. In die gevallen noem ik het niet vrijheidsbeperkend. Met medicijnen is het lastig. Als jij bejaarden zoveel geeft dat ze zitten te suffen, dan vind ik het wel vrijheidsbeperkend. Dan heb je er geen last van, maar je ontnemt mensen wel de vrijheid.’ (huisarts)*

#### **6.5.2.5 Ziekenhuisafdelingen**

Ziekenhuizen laten een zelfde beeld zien. Slechts een enkeling ziet het gebruik van medicatie als een vrijheidsbeperkende maatregel. Verreweg de meesten beschouwen het niet als vrijheidsbeperking, maar gebruiken medicatie wel als alternatief voor fysieke vrijheidsbeperkingen.

*‘Ik ben bij de vrijheidsbeperkende maatregelen nog vergeten te noemen allerlei medicamenteuze ingrepen waarmee je kunt voorkomen dat patiënten, ja iets doen wat jij niet wilt: grofweg ze platspuiten of zodanig sederen dat je het uit zijn hoofd haalt.’ (internist academisch ziekenhuis)*

*‘Als een verpleegkundige onrust constateert bij een psychogeriatrische patiënt, dat gaat deze daarmee naar de arts. Die zal dan in eerste instantie kijken of er psychofarmaca moet worden toe-*

*gepast, voordat er gegrepen wordt naar het zwaardere middel fixatie. Psychofarmaca wordt toch als minder ingrijpend ervaren. Heel duidelijk (afdelingshoofd cardiologie ziekenhuis)*

*'Op het moment dat je iemand fixeert die bij herhaling aangeeft dat hij dat niet wil, dan moet je overwegen om een IBS of een RM aan te vragen en dan zal iemand over moeten naar bijvoorbeeld de psychiatrie of wat dan ook. Maar dat is wel iets waar we mee bezig zijn, maar meestal is het vaak kortdurend, doe je meer dingen. Dus fixeren is niet het enige wat je doet, je geeft vaak ook medicijnen, je geeft mensen ook heel veel aandacht, je blijft er vaak bij. Vaak vragen we ook familieleden om erbij te blijven om iemand gewoon rustig en in de realiteit te krijgen en vaak helpt dat dan heel goed.'* (geriater ziekenhuis)

*'Het ligt er ook aan hoe je inschat van levert het gevaar op voor de patiënt voor andere patiënten wat voor storende factor is het, je moet je voorstellen als een patiënt hier verbaal het zaakje wakker houdt en je hebt twintig mensen hier liggen en je hebt er slechte mensen bij liggen. Voor je zelf is het niet zo'n storende factor, maar het spanningsveld voor de mensen zelf weegt ook wel iets mee zeg maar. Dan wordt het soms rustgevend medicatie toedienen.'* (verpleegkundige longziekten ziekenhuis)

Een geriater noemt het gebruik van sederende medicatie een ultimum remedium:

*'(...) Het is een hulpmiddel, het is een therapeutisch middel. Je moet het niet onderschatten, maar het is vooral een middel vaak van onmacht. Heb je andere middelen tot je beschikking, verbaal contact of weet ik wat, dan zal dat altijd de voorkeur genieten.'* (geriater ziekenhuis)

#### **6.5.2.6 Het gecamoufleerd toedienen van medicatie**

Als medicatie wordt toegediend zonder dat de cliënt er weet van heeft, dan wordt dit door meerdere respondenten als vrijheidsbeperkende maatregel bestempeld. Bij alle onderzochte zorgaanbieders, behalve bij de huisartsen, komt dit ook geregeld voor. Tijdens de interviews met de huisartsen is het gecamoufleerd toedienen van medicatie niet aan de orde gekomen. Dit kan ofwel betekenen dat dit door de respondenten niet herkend wordt als een vrijheidsbeperkende maatregel, ofwel dat het tijdens de zorg die door hen geleverd wordt nooit aan de orde komt, waardoor het voor hen niet voor de hand ligt dit tijdens het interview aan de orde te stellen. Hieronder volgen enkele citaten uit diverse instellingen die een illustratie geven van het gecamoufleerd toedienen van medicatie.

*'Medicijnen fijnmalen en in een paplepeltje geven. Dat gebeurt inderdaad. Verstoppen, medicijnen zo nu en dan meenemen naar het wijkgebouw. Ik weet niet of dat wel allemaal echt vrijheidsbeperkende maatregelen zijn, maar je ontnemt mensen in ieder geval de zeggenschap over hun medicatie'* (zorgcoördinator thuiszorg)

*'Als het erg belangrijke medicijnen zijn, bijvoorbeeld voor het hart, dan geef ik ze wel, bijvoorbeeld door ze in de pap te doen en die pap dan gewoon aan te bieden. Als het om minder belangrijke medicijnen gaat, dan sla ik die gewoon een dag over. Als het weigeren aanhoudt, dan schakel ik de huisarts in'* (verzorgende woonzorgcomplex)

*'De ene keer zeg ik het wel, maar soms ook niet hoor, dan doe ik het stiekem. Ik kan een paracetamol wel heel in laten slikken, maar daar kauwen ze op en dan vinden ze het vies en dan willen ze de rest niet meer hebben. Dan maal ik het even en de ene keer zeg ik: nou hier komt een hapje met wat pillen erin. En de andere keer gaat het gewoon ongemerkt en dan eet ze, dat mag eigenlijk niet, maar dan praat je even met een ander en voor dat je het weet zijn de medicijnen weg. Maar we doen het ook wel eens bewust, want ze willen ze dan niet hebben, maar zodra ze in het brood zitten dan eten ze het wel op. Wat ik daarvan vindt? Je denkt er denk ik te weinig bij na, je doet het soms te automatisch terwijl het eigenlijk niet mag.'* (verzorgende woonzorgcomplex)

*'Wij geven iemand ook medicijnen om zich prettiger te voelen, zonder dat diegene dat weet. En ja,*

*ik denk dat het wel dagelijks gebeurt. Die druppeltjes worden dan bijvoorbeeld in de melk gedaan. Dit gebeurt bijvoorbeeld bij een mevrouw die wordt snel onrustig en boos. En dat is natuurlijk ook niet bevorderlijk voor de andere deelnemers, en ja, gewoon om het haar wat aangenamer te maken, want als je nou de hele dag maar boos bent, dan is er ook niet echt veel aan natuurlijk. En ook om met haar te werken is het heel moeilijk. Dus ja, daarom is dat eigenlijk wel een beetje. Het wordt gedaan op advies van de verpleeghuisarts en de huisarts. Dus ja, die zijn er eigenlijk eindverantwoordelijk voor. De familie wordt van dit soort dingen op de hoogte gesteld. En soms vindt de familie dat niet nodig. Maar wij doen nooit iets geven als de familie daar niet mee instemt' (zorgcoördinator woonzorgcomplex)*

Een verpleegkundige die in een logeerhuis werkt, geeft aan dat in deze setting dikwijls de gewoonten van thuis, worden overgenomen.

*'Medicijnen in voedsel stoppen komt inderdaad wel eens voor ja. Persoonlijk hou ik er niet van om niet eerlijk te zijn. Ik zou het niet gauw doen, een tabletje in het eten. Het gebeurt meestal bij mensen bij wie dat dan thuis ook al zo gebeurt. Persoonlijk zou ik dan liever zeggen van 'er zitten druppeltjes in uw eten, en neemt u ze alstublieft in. Als het op die manier gegeven moet worden, wordt het wel in het zorgdossier gezet' (verpleegkundige logeerhuis woonzorgcomplex)*

*'Nou, natuurlijk worden medicijnen gegeven in druppeltjes of pap of appelmoes, maar ja, de bewoners zien dat op een gegeven moment. Het hangt natuurlijk ook van de fase af waarin iemand verkeert. Als iemand al diep dement is, dan kan je ze vertellen dat je ze iets geeft. Maar ze snappen niet eens wat je zegt en dan kijk je wel naar het gelaat van wat is de uitstraling op dat moment' (manager KWV)*

En in de ziekenhuizen:

*'Het gebeurt wel eens dat mensen die medicijnen weigeren, deze stiekem via het eten krijgen toegediend. Vaak gebeurt dat bijvoorbeeld in de pudding' (specialistisch verpleegkundige ziekenhuis)*

*'Sommige patiënten geven heel duidelijk aan dat ze geen medicijnen willen. Bijvoorbeeld door hun mond dicht te houden. Soms worden de medicijnen dan gecamoufleerd toegediend, met eten. Heel af en toe gebeurt dat. (verpleegkundige geriatrie ziekenhuis)*

### **6.5.2.7 Conclusie**

In deze paragraaf is nader ingegaan op de vraag in hoeverre het veld het gebruik van sederende medicatie en psychofarmaca als vrijheidsbeperkende maatregel ziet. De tabellen in paragraaf 6.5.1 laten zien dat 70% van alle respondenten dit inderdaad als vrijheidsbeperking beschouwt. Uit de interviews blijkt dat sederende medicatie en psychofarmaca door respondenten niet zo vaak als vrijheidsbeperking worden beschouwd, waarbij tevens naar voren komt dat artsen in het algemeen medicatie minder dan andere respondenten als vrijheidsbeperkend ervaren. Dit heeft met name te maken met het feit dat de redenen waarom de medicatie wordt gegeven in de ogen van de respondenten weinig te maken hebben met het beperken van de vrijheid. Verder blijkt dat het gebruik geregeld wordt afgewogen tegen het toepassen van fysieke vrijheidsbeperkingen, hetgeen laat zien dat beide middelen of maatregelen wel degelijk ingrijpen op hetzelfde gedrag van cliënten.

Dat de percentages in het kwantitatief onderzoek met betrekking tot het beschouwen van medicatie als vrijheidsbeperking, vrij hoog zijn, heeft zoals in paragraaf 6.5.1.7 uiteengezet werd mogelijk te maken met de wijze waarop de vraag gesteld is, waardoor respondenten wellicht een maatregel eerder als vrijheidsbeperking zien dan zij in de praktijk zouden doen.

Het gecamoufleerd toedienen wordt iets vaker als vrijheidsbeperking beschouwd, al geven respondenten ook wel aan dat wanneer medicatie in appelmoes, pudding of pap gestopt wordt, dit weliswaar aan cliënten meegedeeld wordt, maar dit lang niet altijd echt meer doordringt. In deze situatie vindt men de verstrekking desondanks niet echt gecamoufleerd, omdat verteld wordt wat er gebeurt.



## 6.5.3 Het vóórkomen van vrijheidsbeperkingen

### 6.5.3.1 Algemeen

Hiervoor is met name de vraag beantwoord wat de respondenten in de verschillende instellingen onder vrijheidsbeperkingen verstaan. Een kernvraag in dit onderzoek is de vraag of toepassingen van vrijheidsbeperkingen bij de verschillende zorgaanbieders voorkomen.

Aan respondenten van het kwantitatieve onderzoek is gevraagd of zij wilden aangeven wanneer vrijheidsbeperkende maatregelen binnen de eigen setting nooit voorkomen. Het antwoord op deze vraag is een indicatie voor de mate waarin instellingen wél met vrijheidsbeperkende maatregelen te maken krijgen.

Ten behoeve van der resultaten van het antwoord op deze vraag zijn de respondenten van het non-responsonderzoek en de grote vragenlijst bij elkaar genomen. Uit de resultaten van de non-responsenquête bleek immers dat een niet te verwaarlozen groep niet reageerde vanwege het feit dat men geen zorg verleende aan psychogeriatrische patiënten of verstandelijk gehandicapten, dan wel omdat men binnen de eigen setting geen vrijheidsbeperkende maatregelen toepast. In de uiteindelijke berekening zijn de instellingen die geen zorg verlenen aan de doelgroepen niet meegenomen, omdat die geen vrijheidsbeperkingen op psychogeriatrische cliënten of verstandelijk gehandicapten kunnen toepassen. Van de overigen is berekend welk percentage van de zorgaanbieders geen vrijheidsbeperkende maatregelen toepast, en welk percentage er dus wel mee te maken heeft.

**Tabel 6-9 Vrijheidsbeperkende maatregelen bij psychogeriatrische patiënten, door zorgaanbieders die met deze cliënten te maken hebben; in procenten, van meer naar minder**

Zorgaanbieder	N	Geen vbm	Toepassing vbm	Toepassing overall
Ziekenhuisafdelingen	386	17	4,4	95,6
KWV	34	5	14,7	85,3
Thuiszorg-gewoon	73	17	26,0	76,7
Huisartsen	101	29	28,7	71,3
Thuiszorg-commercieel	40	12	30,0	70,0
Woonzorgcomplexen	98	36	36,7	63,3
Totaal	732	116	15,8	84,2

De voorlaatste kolom laat toepassingen bij aanbieders van zorg zien die met de cliëntengroepen te maken hebben. Over het geheel gezien liggen de percentages lager, hetgeen met name bij huisartsen veel uitmaakt: iets minder dan de helft van alle huisartsen krijgt met vrijheidsbeperkende maatregelen te maken.

Ziekenhuisafdelingen worden het meest met vrijheidsbeperkende maatregelen geconfronteerd. Bij de afdelingen onderling vergeleken, lijkt het bij alle onderzochte afdelingen ongeveer even vaak voor te komen. Na ziekenhuisafdelingen volgen kleinschalige woonvoorzieningen die als enige van de onderzochte zorgaanbieders gespecialiseerd zijn in zorg aan psychogeriatrische patiënten. Opvallend is dat meer thuiszorginstellingen met vrijheidsbeperkingen te maken krijgen dan woonzorgcomplexen.

**Tabel 6-10 Meest voorkomende vrijheidsbeperkingen, in 2002 toegepast in het kader van een overeenkomst, bij aanbieders van zorg aan psychogeriatrische patiënten, in procenten**

Vrijheidsbeperkende maatregel	N=327
1. Bedhekken	36,7
2. Medicatie	34,3
3. Lichte fixatie	28,7
4. Zware fixatie	25,4
5. Gecamoufleerde medicatie	17,7
6. Afzondering	13,8
7. Belmat	13,5
8. Deur op slot	4,6
9. Voedsel/vocht tegen wil	4,3
10. Controle post	3,7
11. Beperkingen ontvangen bezoek	2,4
12. Beperking telefoonverkeer	1,2

Fixatie met behulp van Zweedse banden en dergelijke komt in absolute aantallen het meest voor bij ziekenhuisafdelingen, maar relatief meer in kleinschalige woonvoorzieningen.

Bij vrijwel alle zorgaanbieders betroffen de toepassingen één tot twintig patiënten in het jaar 2002. Bij ziekenhuisafdelingen noemt 30 tot 70% echter ook grotere aantallen.

Zowel uit het kwantitatieve onderzoek als uit de interviews bij alle zorginstellingen blijkt dat er veel met medicatie wordt gewerkt. Sederende medicatie en psychofarmaca worden dikwijls als alternatief voor fysieke vrijheidsbeperkingen toegepast. Medicatie wordt gecamoufleerd toegediend als patiënten de medicatie niet kunnen slikken of als ze deze weigeren. In het laatste geval wordt in sommige instellingen de medicatie pas op deze manier gegeven als het niet slikken ervan gevaar voor de patiënt oplevert, of als stelselmatig niet geslikt wordt.

Hieronder volgt een overzicht van welke overige vrijheidsbeperkingen bij de verschillende zorgaanbieders voorkomen.

### **6.5.3.2 Thuiszorg**

Veel respondenten in de thuiszorg zien dat de zorgzwaarte de laatste jaren is toegenomen waardoor men vaker dan vroeger met de noodzaak van vrijheidsbeperkende maatregelen wordt geconfronteerd.

*‘Je hebt toch steeds meer mensen die niet geplaatst kunnen worden in een intramurale instelling. Daardoor moet er steeds meer thuis gedaan worden en nu kom je vanzelf ook steeds meer met dit soort problemen in aanraking. Want we willen allemaal graag zo lang mogelijk thuis wonen, dus je moet eigenlijk thuis ook een heleboel kunnen bieden. Inclusief misschien wel de deur dichtdoen, maar ja dan zit je toch altijd wel met je veiligheid en dat soort zaken.’ (teammanager thuiszorg)*

**Tabel 6-11 Meest voorkomende vrijheidsbeperkingen in 2002, toegepast in het kader van een overeenkomst, in de thuiszorg, in procenten**

Vrijheidsbeperkende maatregel	n=41
1. Bedhekken	34,1
2. Medicatie	31,7
3. Lichte fixatie	22,0
4. Deur op slot	17,1
5. Zware fixatie	14,6
6. Gecamoufleerde medicatie	9,8
7. Belmat	9,8
8. Afzondering	4,9
9. Controle post	2,4
10. Beperking ontvangen bezoek	2,4
11. Beperking telefoonverkeer	0
12. Voedsel/vocht tegen wil	0

Opvallend is dat toepassingen bedhekken en het gebruik van sederende medicatie en psychofarmaca in de thuiszorg het meest worden gebruikt, terwijl deze door respondenten relatief minder vaak als vrijheidsbeperkende maatregel worden beschouwd.

Toepassingen die in de thuiszorg volgens de respondenten uit de interviews het meeste voorkomen zijn het gebruik van bedhekken, het sluiten van de voordeur van de woning en het gecamoufleerd toedienen van medicatie. Wat ook geregeld genoemd wordt is dat zorgverleners de medicijnen wegsluiten voor cliënten, dan wel deze anderszins onbereikbaar maken, hetgeen ook als vrijheidsbeperkend wordt gezien. Zeer sporadisch komt vastbinden door middel van Zweedse banden of andere hulpmiddelen ter sprake. Volgens de respondenten komt vastbinden weinig of niet voor. Het lijkt erop dat in zulke gevallen, zo geven enkele respondenten ook aan, eerder gekozen wordt voor (zware) medicatie.

*‘Bij Zweedse banden ligt wel de grens. Ik weet bij mijn vorige baan als wijkverpleegkundige hadden we ze wel in het magazijn, dus het is wel gebeurd, ook thuis. Maar hier gebeurt dat helemaal niet meer, in een dergelijk geval wordt eerder voor medicatie gekozen.’ (zorgmanager thuiszorg)*

*‘De gevallen waar ik nu over spreek, dat zijn mensen die met een partner samenleven en het dag-nachtritme helemaal in de war schoppen en ja, de betreffende meneer ligt altijd met zijn benen over de bedhekken en probeert eruit te krabbelen. Ja, en wat doe je daar dan mee. Nou ja, goed, dan is die vrouw weer wakker en dan gaat ze er maar weer uit en dan laat ze hem maar weer uit bed en dan weer vlug erin en zo gaat dat eigenlijk. Maar ja, hij wil er natuurlijk uit. En dan wordt in overleg met verpleeghuisartsen toch weer voor wat medicatie gezorgd.’ (verpleegkundige thuiszorg)*

Er worden echter ook andere oplossingen gezocht:

*‘Vaak is ook een maatregel die genomen wordt om wat te doen in plaats van vastbinden, het aanvragen van lastzorg. Dan komt er gewoon iemand van het uitzendbureau ’s nachts bij een gezin waken, of zorg verlenen, of net wat er aan de hand is. Als mensen niet alleen kunnen blijven is dat meestal nog een aardige oplossing. Dat gebeurt eigenlijk meer dan dat je gaat vastbinden.’ (team-manager thuiszorg)*

Voor wat betreft het afsluiten van de voordeur melden twee thuiszorginstellingen dat dit in (recent) verleden heeft geleid tot ongelukken met dodelijke afloop doordat brand in een woning ontstond. Voor één van de instellingen was dit aanleiding om aan het afsluiten van voordeuren geen medewerking meer te verlenen.

*‘De deuren op slot, dat werd in het verleden gedaan, maar nu hebben wij zoiets van we mogen wel deuren dichttrekken, maar niet op slot draaien. En dan hebben we nog wel eens moeite met familie,*

want die willen dan dat de deur op slot gaat, omdat ze dan bang zijn dat ze weglopen. Maar we hebben recentelijk een man gehad die is verbrand hier op de dijk. Dus nu hebben we zoiets van laat de familie maar zelf de deur op slot doen, wij nemen de verantwoording niet.' (verpleegkundige thuiszorg).

'Er zijn ook mensen die zelf niet uit bed kunnen komen, dus daar komt de hulpverlener met de sleutel van de cliënt bij de cliënt om de deur open te doen. Dus eigenlijk sluiten ze de cliënt op. De cliënt is ermee geholpen, want anders zou hij dus niet thuis kunnen wonen, en anders zou iedereen het huis zomaar in kunnen komen. En dat gebeurt dus heel veel bij aanleunwoningen, maar ook bij heel veel cliënten die gewoon thuis wonen. En bij die mensen wordt allemaal een sleutelcontract afgesloten. Waarin de cliënt of hun familie dus toestemming geeft voor het beheer van de sleutel van de thuiszorg.' (verpleegkundige thuiszorg)

'En ook met een sleutelcontract is het ooit voorgekomen bij een cliënt die weliswaar ook een personenalarm had dat er brand was. En diegene is dus gewoon levend verbrand. En toen bleek achteraf dat die personenalarmering het niet deed. En toen is ook gezegd van ja, we moeten één keer in de zoveel tijd die alarmering controleren.' (beleidsmedewerker thuiszorg)

De uitkomsten uit de interviews en de enquête komen voor het grootste deel overeen. Uit de enquête lijkt echter wel naar voren te komen dat zware fixatiemiddelen in de praktijk vaker gebruikt worden dan de interviews laten zien. Door tenminste vijftien procent van de thuiszorginstellingen die vrijheidsbeperkende maatregelen toepassen worden ze gebruikt.

### 6.5.3.3 Woonzorgcomplexen

**Tabel 6-12 Meest voorkomende vrijheidsbeperkingen in 2002, toegepast in het kader van een overeenkomst, bij woonzorgcomplexen, in procenten**

Vrijheidsbeperkende maatregel	n=44
1. Bedhekken	90,9
2. Medicatie	52,3
3. Lichte fixatie	45,5
4. Belmat	45,5
5. Gecamoufleerde medicatie	43,2
6. Zware fixatie	22,7
7. Afzondering	13,6
8. Controle post	13,6
9. Voedsel/vocht tegen wil	2,3
10. Beperking telefoonverkeer	2,3
11. Deur op slot	0
12. Beperkingen ontvangen bezoek	0

Vrijwel alle woonzorgcomplexen die vrijheidsbeperkingen toepassen, gebruiken bedhekken. Ook toepassingen van medicatie, lichte fixatiemiddelen, als diepe stoel e.d. en belmatjes of deurmelders komen bij de helft van deze instellingen voor.

De mate waarin vrijheidsbeperkingen in de woonzorgcomplexen die zijn bezocht, voorkomen wisselt sterk en hangt mede af van de zorgvorm waar het om gaat: in een verzorgingshuisachtige setting of bij dagopvang heeft men er vaker mee te maken dan bij aanleunwoningen.

'In de wijk [de appartementen zijn opgedeeld in zogeheten wijken – LA] waar ik zit zijn denk ik twee mensen die vrijheidsbeperkende maatregelen hebben (...) Ik denk dat er ongeveer 25 mensen in die wijk zitten. (verpleegkundige zelfstandige woningen woonzorgcomplex)

'Het komt toch wel eens voor natuurlijk, dat mensen niet meer goed eten en drinken of de medicij-

*nen niet meer innemen, en dat je dan enige druk uitoefent; en de bedhekken omhoog of zo'n verpleegdeken...' (verpleegkundige woonzorgcomplex)*

*'Er gaan geen deuren op slot, nee. Dat gaat dan met zo'n deuralarm, dat zodra je de deur opendoet, dan gaat er zo'n alarm. Dat passen wij geregeld toe.' (verpleegkundige woonzorgcomplex).*

*'Vrijheidsbeperkingen komen voor. Want het risico is er, ook al zit er een deuralarm op een woning, sommige mensen kunnen echt opeens bijzonder snel lopen en je bent te laat en je staat als verzorgende in een andere woning, ja daar kun je ook niet zomaar een klant achterlaten. Je weet niet welke uitgang iemand pakt. Dus nee, het komt voor.' (zorgmanager woonzorgcomplex)*

*'Een belmatje, bedhek, rolstoel op de rem, het extra aanschuiven onder de tafel dat wordt wel regelmatig toegepast. Vaak hebben de mensen zelf er geen idee van dat dit gebeurt. Wij hebben op het dagcentrum geen cliënten die weigeren of die heel onrustig zijn (verzorgende dagcentrum woonzorgcomplex)*

*De afgelopen vijf weken hebben wij drie keer echt een vrijheidsbeperkende maatregel toegepast. In die zin dat we iemand in een Zweedse band hebben gezet. En verder medicijnen en vastzetten. En dan bedoel ik met name bedhekken, dat die omhoog geschoven worden. En niet zonder toestemming van de bewoner. (zorgcoördinator woonzorgcomplex)*

*'Bij ons is het niet meer dan bedhekken omhoog en een tafelblad ooit. Verder kan ik niet komen.(...) De rolstoel kantelen komt ook voor, maar als we dat doen is dat meestal dat ze uitrusten, eigenlijk. Soms zijn mensen wel onrustig. Maar ja, je probeert het toch te voorkomen. En dan moet je toch toestemming van de familie vragen, dan zou je een tafelblad voor de stoel doen. Nou ja, dat komt zo zelden voor bij ons (verpleegkundige logeerhuis woonzorgcomplex).*

Ook bij woonzorgcomplexen ziet men dat de zorgzwaarte de laatste jaren is toegenomen, waardoor men vaker met psychogeriatrische problematiek, en daarmee gepaard gaand, de noodzaak tot het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen te maken krijgt.

#### **6.5.3.4 Kleinschalige woonvoorzieningen**

**Tabel 6-13 Meest voorkomende vrijheidsbeperkingen in 2002, toegepast in het kader van een overeenkomst, in kleinschalige woonvoorzieningen, in procenten**

Vrijheidsbeperkende maatregel	n=22
1. Bedhekken	76,5
2. Medicatie	70,6
3. Lichte fixatie	58,8
4. Zware fixatie	52,9
5. Belmat	47,1
6. Gecamoufleerde medicatie	41,2
7. Afzondering	17,6
8. Controle post	17,6
9. Voedsel/vocht tegen wil	5,9
Deur op slot	5,9
Beperking telefoonverkeer	5,9
Beperkingen ontvangen bezoek	0

De kleinschalige woonvoorzieningen die onderzocht zijn, hebben meer dan de andere zorgaanbieders met vrijheidsbeperkende maatregelen te maken. Dit vloeit voort uit het feit dat zij gespecialiseerd zijn in de zorg voor psychogeriatrische patiënten en daardoor met een groep te maken hebben die een grotere zorgbehoefte heeft. De patiëntenpopulatie en hun zorgbehoefte laat zich vergelijken met die in een psychogeriatrisch verpleeghuis. Veel vrijheidsbeperkende

toepassingen komen daarom relatief meer voor dan bij andere zorgaanbieders.

Ook tijdens de interviews blijkt dat men geregeld te maken heeft met vrijheidsbeperkende maatregelen. Bedhekken komen voor en daarnaast wordt af en toe een plank onder een stoel gebruikt die moet voorkomen dat bewoners zelfstandig rond kunnen dwalen. Eerder werd al besproken dat medicatie ook regelmatig worden toegepast en dat de buitendeur op slot is. Af en toe worden mensen naar de kamer gestuurd. Dit wordt echter niet als vrijheidsbeperkende maatregel beschouwd. Enkele bewoners zitten in een kantelstoel, waardoor ze niet zelfstandig op kunnen staan.

*'Papa heeft even de plankstoel gebruikt, want hij was altijd bezig met dingetjes van de grond oprapen en zo. Hij werd op een gegeven moment toch iets minder mobiel en toen hebben ze aan ons voorgesteld om de plankstoel te proberen. Dat is gewoon een stoel, die zit vastgespijkerd of vastgelijmd aan een plank. Dus hij kan wel opstaan, maar niet de stoel van zich afschuiven omdat hij toch vastzit aan de plank. Dat vonden wij in het begin natuurlijk wel even wennen. Want iemand die toch gewend is om te lopen en als je dan de reden hoort waarom ze dat doen, dat ze bang zijn dat hij valt en dan iets breekt, dan moet je tussen twee kwaden eigenlijk iets kiezen. Hij vond het zelf niet eens zo erg, want hij ging wat rommelen met Lego, maar als hij dan op een gegeven moment zoiets had van: nu wil ik weg, dan werd hij even boos. Hij snapte dan niet waarom hij dat niet kon. En als ze dat dan zagen, dan zeiden ze: kom, we gaan even op een andere stoel zitten. Maar nu is die onrustige periode eigenlijk helemaal voorbij. Hij heeft die behoefte niet meer, of die drang niet meer om te bewegen.'* (vertegenwoordiger KWV)

Ondanks het feit dat vrijheidsbeperkingen geregeld voorkomen, blijkt uit de interviews dat gepoogd wordt dit zoveel mogelijk te voorkomen.

*'In ons bewonersoverleg wordt niet zozeer in abstracte zin over vrijheidsbeperkende maatregelen gesproken, als wel in het concrete. Wij zitten met een probleem. Een vrouw die is al drie keer gevallen. Dan gaan we alles even op een rij zetten. We verzinnen dan met z'n allen welke oplossing we in huis hebben. En daar komen we eigenlijk altijd uit. Het is dus heel pragmatisch. En tegen de tijd dat ze een bedhek nodig heeft, dan wordt het nadrukkelijk besproken.'* (directeur KWV)

Indien de situatie maakt dat moet worden ingegrepen, wordt steeds gezocht naar een maatregel die zo min mogelijk ingrijpend is:

*'Ik denk dat je bij overlast sowieso met z'n allen de tactieken bezit om mensen te coördineren, om te sussen, om dingen uit te kunnen leggen, om mensen af te leiden, om ze een kopje koffie te laten drinken, of een ander huisje, door ze te betrekken op dat moment bij het eten... Ja, dat lost zich eigenlijk altijd wel vanzelf op. Dat mensen naar hun kamer worden gestuurd zijn uitzonderlijke gevallen. Stel, een bewoonster is heel rustig aan het kaarten met anderen bij de TV en de een loopt continu de anderen te bekogelen en andere dingen doet, dan zou het inderdaad kunnen gebeuren dat de verzorger zegt van: nu is de grens bereikt, de overige bewoners hebben last van u, gaat u maar alleen naar uw kamer toe. Ik heb het zelf ook een keer onder de hand gehad. Die vrouw haalde letterlijk het bloed onder mijn nagels vandaan, dan krijg je toch dat wat kleine kinderen kunnen doen. Dan dreigen ze, ze zijn vervelend, kwetsen en krenken mensen en het wordt steeds erger. In de eerste instantie heb je de tactiek van navigeren, het afleiden, andere dingen aanbieden, enz. En uiteindelijk is die mevrouw door mij op de slaapkamer gezet. Je mag zelf doen wat je wilt, in je bed liggen, op de stoel gaan zitten. Maar gelukkig was het kwartje gevallen, want na een minuut of tien kwam ze weer terug in de huiskamer en maakte andere gebaren. En dat is het voordeel van dementie. Ze vergeten het ook weer gauw. Je kunt als het ware ook weer een nieuwe start maken. Ik denk dat we allemaal wel die tactieken beheersen.'*

*'We hebben hier geen Zweedse banden, daar doen we sowieso niet aan. We krijgen ook wel eens het verzoek van de familie van: goh, zij is al twee keer 's nachts uit bed gekomen, en ze heeft een hoog slaapbed met een rek, waarom doen jullie dat rek niet omhoog? Nou, dan moeten we uitleggen dat het betekent dat het rek juist zoveel gevaar kan opleveren, want mensen gaan eroverheen. Die voelen zich zo opgesloten, met alle gevolgen van dien. Dus dat proberen we danniet te doen.'*

*Wat we wel gaan doen is dat we een matras op de grond leggen, want als die moeder uit bed komt, en mocht ze vallen, dat ze dan op dat matras komt. En dat merkt de nachtdienst natuurlijk wel en die gaat kijken. We moeten continu dus afwegen van: wat is menslievend, wat is mensonterend, hoe laten we mensen in hun eigenwaarde, enz.? Dat moeten we continu toch heel zorgvuldig in de gaten houden.'* (manager KWV)

#### **6.5.3.5 Huisartsen**

Iets minder dan de helft van de huisartsen krijgt met vrijheidsbeperkende maatregelen te maken. Van deze huisartsen geeft 41% (n=29) aan dat vrijheidsbeperkingen meestal in overleg met andere zorgverleners worden toegepast, 24,1% zegt dat dit altijd gebeurt, 24,1% geeft aan dat dit af en toe in overleg met anderen gebeurt, 6,9% zelden en 3,4% nooit. Ruim een kwart van de huisartsen die met vrijheidsbeperkende maatregelen te maken krijgen meldt dat het sporadisch voorkomt dat ze ook zonder overleg met andere zorgverleners vrijheidsbeperkende maatregelen toepassen.

17,2% zegt dat af en toe uitsluitend de thuiszorg bij toepassingen van vrijheidsbeperkende maatregelen thuis betrokken is en 20,7% geeft aan dat af en toe andere professionele zorgverleners vrijheidsbeperkende maatregelen bij patiënten thuis toepassen. Genoemd worden personeel van verzorgingshuizen of verpleeghuizen en het RIAGG. Tot slot heeft 37,9% van de huisartsen die met vrijheidsbeperkende maatregelen thuis te maken krijgt, er weet van dat mantelzorgers af en toe vrijheidsbeperkingen thuis toepassen zonder eerst te overleggen met professionele zorgverleners.

Ook de geïnterviewde huisartsen krijgen in het algemeen via andere zorgverleners met vrijheidsbeperkingen te maken, bijvoorbeeld een verzorgingshuis, of de thuiszorg. In het verzorgingshuis moet er in sommige gevallen voor alle vrijheidsbeperkingen die daar worden toegepast worden getekend. In andere gevallen wordt de huisarts uitsluitend gevraagd om sederende medicatie of psychofarmaca voor te schrijven. Twee huisartsen hebben via de thuiszorg nog nooit met vrijheidsbeperkende maatregelen te maken gehad.

Eén huisarts geeft aan dat een aantal huisartsen bezwaren had om de verantwoordelijkheid toebedeeld te krijgen bij toepassingen van vrijheidsbeperkingen in een plaatselijk verzorgingshuis.

*'In het bejaardentehuis was het vroeger wel zo dat met mij besproken werd dat er vrijheidsbeperkende maatregelen genomen moesten worden. Maar we [een aantal huisartsen] hebben bij herhaling brieven geschreven dat we dat niet wilden. Maar het gebeurt nu nog steeds daar. Ik denk dat ze nu een verpleeghuisarts inschakelen. Zoiets zou kunnen.'* (huisarts)

Eén huisarts maakt gewag van een situatie waarin hij betrokken werd bij de beslissing over het afsluiten van een buitendeur in een situatie waarin een vrouw alleen woonde. Bij deze vrouw waren geen professionele zorgverleners betrokken, uitsluitend vrienden van de vrouw. Hij is daar toen in meegegaan omdat in dit specifieke geval de vrouw meer baat had bij deze maatregel dan opname. Later is zij alsnog door middel van een rechterlijke machtiging opgenomen in een verpleeghuis.

**Tabel 6-14 Meest voorkomende vrijheidsbeperkingen in 2002, toegepast in het kader van een overeenkomst, bij huisartsen, in procenten**

Vrijheidsbeperkende maatregel	n=29
1. Medicatie	31,7
2. Lichte fixatie	27,6
3. Bedhekken	24,1
4. Afzondering	13,8
5. Gecamoufleerde medicatie	9,8
6. Deur op slot	6,9
7. Belmat	6,9
8. Beperkingen ontvangen bezoek	6,9
9. Zware fixatie	0
10. Voedsel/vocht tegen wil	0
11. Controle post	0
12. Beperking telefoonverkeer	0

Indien huisartsen met vrijheidsbeperkingen te maken krijgen, dan gaat het meestal om toepassing van sederende medicatie of psychofarmaca. De geïnterviewde huisartsen signaleren dat de zorgwaarde in de thuissituatie, maar ook in verzorgingshuizen met betrekking tot psychogeriatrische patiënten sterk is toegenomen. Daardoor zijn vrijheidsbeperkende maatregelen vaker nodig.

#### 6.5.3.6 Ziekenhuisafdelingen

**Tabel 6-15 Meest voorkomende vrijheidsbeperkingen in 2002, toegepast in het kader van een overeenkomst, bij ziekenhuisafdelingen, in procenten**

Vrijheidsbeperkende maatregel	n=191
1. Zware fixatie	30,4
2. Medicatie	27,2
3. Lichte fixatie	25,7
4. Bedhekken	24,1
5. Afzondering	15,7
6. Gecamoufleerde medicatie	12,6
7. Voedsel/vocht tegen wil	6,3
8. Belmat	5,2
9. Deur op slot	2,6
10. Beperkingen ontvangen bezoek	2,6
11. Controle post	1,0
12. Beperking telefoonverkeer	1,0

In vergelijking tot de andere zorgaanbieders komen vrijheidsbeperkingen weliswaar in absolute aantallen meer voor, maar relatief gebeurt het niet vaker. Dit heeft te maken met het feit dat psychogeriatrische patiënten geen substantiële groep van de ziekenhuispopulatie vormen. Gezien over een heel jaar betreft het echter wel meer patiënten, mogelijk omdat de populatie in tegenstelling tot bij de andere zorgaanbieders snel wisselt. Bij ziekenhuisafdelingen werden bovenstaande maatregelen bij 30% tot 70% van de ziekenhuisafdelingen in 2002 bij meer dan twintig patiënten toegepast. Zware fixatiemiddelen werden bijvoorbeeld in 58,6% van de afdelingen bij 1-20 patiënten toegepast, in 27,6% bij 20-49, in 12,1% bij 50-100, en in 1,7% bij meer dan honderd patiënten.



Uit het onderzoek komt verder naar voren dat wanneer de verdeling van vrijheidsbeperkende maatregelen over de verschillende afdelingen wordt bekeken, de verschillen doorgaans slechts een paar procent betreffen. Wel valt op dat de categorie 'overige afdelingen' en de afdeling geriatrie steeds lager scoren dan de andere afdelingen. De verschillen van met name de laatste afdeling met de overige zijn bij sommige maatregelen aanzienlijk. Voorzichtig mag daaruit de conclusie getrokken worden dat de gekozen afdelingen inderdaad de afdelingen zijn waar vrijheidsbeperkingen meer plaatsvinden dan andere afdelingen. Ook kan worden geconcludeerd dat de geriatrische afdelingen, ondanks het feit dat zij meer dan andere afdelingen te maken krijgen met psychogeriatrische patiënten door hun specialisatie kennelijk in staat zijn om het toepassen van vrijheidsbeperkingen meer te voorkomen.

Zoals in paragraaf 6.5.2 reeds werd aangegeven wordt medicatie in de ziekenhuizen waar de interviews hebben plaatsgevonden veelvuldig gebruikt.

Ook hier wordt nu en dan medicatie gecamoufleerd toegediend, als de patiënt de medicatie niet kan slikken of deze weigert.

*'Het komt voor dat de medicatie in het eten wordt gedaan, op een lepeltje pap of zo. Het komt daarbij incidenteel voor dat de patiënt niet weet dat hij de medicatie slikt. Meestal wordt het gedaan omdat de patiënt de medicatie moeilijk tot zich kan nemen.'* (hoofdverpleegkundige interne geneeskunde ziekenhuis)

*'Als patiënten aangeven dat ze de medicijnen niet willen slikken, bijvoorbeeld door de mond dicht te houden, gebeurt het heel af en toe dat er gecamoufleerd wordt toegediend. Dit wordt dan in het dossier genoteerd en de familie wordt daar dan, meestal achteraf, van op de hoogte gebracht.'* (verpleegkundige klinische geriatrie ziekenhuis)

Naast (gecamoufleerde) toepassingen van sederende medicatie en psychofarmaca komen in de ziekenhuizen bedhekken, een rolstoel met blad, polsbandjes, onrustbanden, en Zweedse banden voor. Ook andere fixatiemiddelen als verpleegdekens of een zogeheten prikkelhoes, worden gebruikt. Het gebruik van belmatten wordt slechts in één van de bezochte ziekenhuizen tijdens de interviews genoemd als vrijheidsbeperking. In dit ziekenhuis worden ze ook veelvuldig gebruikt. Bij een afdeling interne geneeskunde in een ander ziekenhuis wordt bij gebrek aan een belmat het volgende ondernomen:

*'Als iemand echt heel moeilijk corrigeerbaar is, dan gebruiken we wel eens een heel idioot middel-tje, dan leggen we een stukje bestek op de klink, en als je dan de klinken hoort rinkelen in de avond en in de nacht, dat hij in de buurt is, dan kunnen we het signaleren, dan wordt je gewaarschuwd van: 'hij is weer op pad'.'* (hoofdverpleegkundige afdeling interne geneeskunde ziekenhuis)

Enkele ziekenhuizen noemen ook afzondering als een maatregel die in een uiterste situatie wordt genomen. De patiënt wordt dan op een één- of tweepersoonskamer geplaatst en in een enkel geval zelfs opgesloten. Sommige geriatrieafdelingen hebben voorts de mogelijkheid de afdeling af te sluiten.

### **6.5.3.7 Conclusie**

Alle respondentengroepen die zorg bieden aan psychogeriatrische patiënten krijgen te maken met vrijheidsbeperkende maatregelen. Voor ziekenhuisafdelingen geldt dit het meest – vrijwel alle afdelingen krijgen ermee te maken – en voor woonzorgcomplexen het minst. Welke beperkingen het meest worden toegepast verschilt per zorgaanbieder. Bij alle zorgaanbieders staat het gebruik van bedhekken evenals sederende medicatie of psychofarmaca echter op de eerste of tweede plaats. Zware fixatie is bij ziekenhuisafdelingen het meest gebruikte middel, maar komt relatief in kleinschalige woonvoorzieningen meer voor. Lichte fixatie wordt zowel in kleinschalige woonvoorzieningen als in woonzorgcomplexen, die zeggen vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen, meer gebruikt dan in ziekenhuizen. Over kleinschalige woonvoorzieningen moet overigens worden opgemerkt dat het percentage dat met vrijheidsbeperkingen

te maken krijgt weliswaar hoog is, maar dat dit voortvloeit uit het feit dat zij als enige uitsluitend zorg bieden aan psychogeriatrische patiënten, waardoor de zorgzwaarte zich meer laat vergelijken met die van psychogeriatrische (afdelingen van) verpleeghuizen.

Vrijheidsbeperkende maatregelen worden overal gezien als een noodzakelijk kwaad: ze worden pas toegepast als men geen andere oplossing meer ziet. Het feit dat afdelingen geriatrie in ziekenhuizen, ondanks het feit dat psychogeriatrische patiënten hier meer voorkomen dan op andere afdelingen, in staat lijken te zijn om minder vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen, wijst erop dat er een verband is tussen deskundigheid van het personeel en het aantal toepassingen van vrijheidsbeperkingen. Of zoiets ook opgaat voor kleinschalige woonvoorzieningen kan op basis van dit onderzoek niet worden vastgesteld, omdat de patiëntenpopulatie hier zich moeilijk laat vergelijken met die in de andere zorgvormen. Het is goed voorstelbaar dat hier in vergelijking tot andere zorgaanbieders minder snel tot vrijheidsbeperkingen wordt overgegaan, terwijl men er vanwege de zorgzwaarte toch vaker mee te maken krijgt.

## 6.5.4 Redenen toepassing

### 6.5.4.1 Algemeen

Zowel tijdens het kwantitatieve onderzoek, als het kwalitatieve is aandacht besteed aan redenen die zorgaanbieders hebben om vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen. Hieronder volgt van iedere zorgaanbieder een nadere uiteenzetting.

### 6.5.4.2 Thuiszorg

Uit de interviews met respondenten van thuiszorgorganisaties blijkt niet dat vrijheidsbeperkingen veelvuldig voorkomen. Toch krijgt men er overal mee te maken.

De meest voorkomende redenen zijn het voorkomen van gevaar voor de cliënt zelf (92,5%; n=40) en het beschermen van de cliënt (82,5%). Opvallend is dat het feit dat er onvoldoende toezicht is (45%) en personeelstekort (40%) eveneens vaak als redenen worden genoemd om vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen.

Tijdens de interviews komt naar voren dat in de thuiszorg daarnaast vrijheidsbeperkingen worden toegepast uit medische overwegingen.

*‘Wat nog wel eens voorkomt is dat iemand’s hand wordt vastgebonden in verband met het feit dat hij de katheter er steeds uittrekt en dat is dan eigenlijk het enige.’ (zorgmanager thuiszorg)*

Ook komt het voor dat deuren worden afgesloten of andere vrijheidsbeperkingen worden toegepast, omdat cliënten dwaalgedrag vertonen en men bang is dat ze weglopen. Ook wordt medicatie voorgeschreven als cliënten heel onrustig zijn.

Respondenten in de thuiszorg zijn er zich niet altijd bewust van dat vrijheidsbeperkingen worden toegepast:

*‘Als ze zich er bewust van zijn van wat ze doen zullen ze het altijd met anderen bespreken. Alleen in het geval van de beddekken, dat vind ik een heel mooi voorbeeld, zal het heel vaak onbewust gebeuren. En als die bedden aangeschaft zouden zijn, dan hadden we die beddekken toch omhoog gedaan. En dan realiseer je je volgens mij niet eens dat je vrijheidsbeperkende maatregelen neemt.’ (beleidsmedewerker thuiszorg)*

Naast toepassingen die door de thuiszorg zelf gebeuren, komen medewerkers ook wel tegen dat mantelzorgers vrijheidsbeperkingen toepassen.

*‘Ik ken een voorbeeld waarvan de partner de desbetreffende patiënt in bed stopt, zo wordt het dan ook gezegd, en dan zelf een uurtje gaat wandelen. Maar dan wel in bed met beddekken, zo van dan kan ze in ieder geval niet weglopen. En als je hem daar dan mee confronteert dat het eigenlijk toch aan de grens is, dan zegt hij dat er niets kan gebeuren, want ze klimt er niet overheen.’ (verpleegkundige thuiszorg)*

#### 6.5.4.3 Woonzorgcomplexen

Woonzorgcomplexen geven het meeste aan dat vrijheidsbeperkingen worden toegepast ter voorkoming van gevaar voor de cliënt zelf (91,1%; n=58). Iets minder vaak worden genoemd bescherming van cliënten (68,2%) en het voorkomen van gevaar voor anderen (54,5%). 25% (noemt het feit dat er onvoldoende toezicht is en 15,9% personeelstekort redenen om vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen.

Volgens de bezochte woonzorgcomplexen zijn onrust en dwalen de meest voorkomende redenen om vrijheidsbeperkingen toe te passen.

*'Er was een mevrouw die was altijd heel onrustig en als ze in bed lag, wilde ze uit bed klimmen. Dat is natuurlijk heel erg gevaarlijk. En toen is er in overleg met de arts en ook met de familie besloten een verpleegdeken in haar bed te doen.'* (verpleegkundige woonzorgcomplex)

*'Nou, kijk, de mensen wonen hier allemaal zelfstandig en voor sommige mensen is het heel goed, maar we hebben ook wel eens mensen gehad die gingen dwalen en dan zijn ze eigenlijk vrij om te gaan en staan waar ze willen, zeg maar. Maar zodra iemand vergeetachtig wordt en hier de deur uitloopt, dan moet je er toch achteraan. En die mensen krijgen dan wel een deuralarm, dat je dan ergens bent en ze lopen de deur uit, dat je dan gewaarschuwd wordt en dat je er achteraan gaat rennen om ze weer terug te krijgen.'* (zorgcoördinator aanleunwoningen woonzorgcomplex)

*'Zodra mensen onrustig worden en vergeten, bijvoorbeeld dat ze niet meer kunnen lopen door halfzijdige verlamming. Daarom doe je bijvoorbeeld een bedhek omhoog, of de rolstoel op de rem, goed ver aanschuiven, of zulk soort dingen. Dat vind ik dan eigenlijk wilsonbekwaam. Dat ze er dan niet van bewust zijn, maar wij doen dat even voor hen.'* (verzorgende aanleunwoningen woonzorgcomplex)

*'Als het echt uit de hand gaat lopen dan neem je wel maatregelen. Ja, mensen die heel de nacht aan het roepen zijn en geen rust kunnen vinden. Die krijgen dan vaak wel psychofarmaca. Of soms slaapmiddelen.'* (verpleegkundige logeerhuis woonzorgcomplex)

*'We hebben er ook wel eens voor gekozen om iemand tijdelijk naar de kamer te brengen, want die was zo aan het zingen, dat bleef een feest. En die hebben we wel eens naar de kamer gebracht en dan gingen we natuurlijk wel gewoon even kijken of ze al rustig was'* (zorgcoördinator woonzorgcomplex)

Een respondent stelt dat sommige middelen of maatregelen juist worden gebruikt om de zelfstandigheid van cliënten te bevorderen.

*'Een blad voor de rolstoel doen wij niet omdat ze eruit klimmen, maar puur omdat mensen zo toch nog hun zelfstandigheid kunnen bevorderen, zeg maar dat ze toch de thee zelf op kunnen drinken. Daar gaat het om.'* (verzorgende woonzorgcomplex)

Net als bij de thuiszorgorganisaties zeggen ook hier enkele respondenten dat het toepassen van vrijheidsbeperkingen vaak een automatisme is; er wordt niet altijd echt bij nagedacht.

#### 6.5.4.4 Kleinschalige woonvoorzieningen

Kleinschalige woonvoorzieningen passen vooral vrijheidsbeperkingen toe ter voorkoming van gevaar voor de cliënt zelf (100%; n=17). In mindere mate is het voorkomen van gevaar voor anderen (70,6%) of het beschermen van de cliënten (52,9%) een reden. 29,4% noemt het bewerkstelligen van veiligheid als gevolg van onvoldoende toezicht een drijfveer om vrijheidsbeperkingen toe te passen, en volgens 23,5% maakt personeelstekort het eveneens noodzakelijk vrijheidsbeperkende maatregelen te nemen.

Uit de interviews komen als redenen voor toepassing naar voren, valgevaar, onrust, of wanneer bewoners er zelf om vragen.

*'De meeste bewoners nemen hun eigen bed mee, dus er komt pas een ziekenhuisbed met bed-*

*hebben op het moment dat het echt noodzakelijk is. Dat gaat via de thuiszorg. Op het moment dat iemand overlijdt of het niet meer nodig heeft, dan gaat het direct weer terug. Er zijn bewoners die er zelf om vragen. Heel incidenteel komt het maar voor dat wij het zelf verstandig vinden. Als het aantoonbaar is dat er vaak gedonder is, maar dat komt haast niet voor. Stel dat iemand heel zwaar is en zichzelf niet kan tegenhouden. Dan leggen wij matrassen ernaast. Dat soort dingen komt vaak voor. En verder andere vrijheidsbeperkende maatregelen, dat zou ik niet weten.’ (directeur KWV)*

*‘Als mensen medicatie echt nodig hebben, en ze willen het niet innemen, dan heb je echt een probleem. Dan moet je toch actie ondernemen. Als ze het echt nodig hebben, dan gaan we toch met de huisarts, met de familie praten. Je gaat ze niet meteen verstoppen. Alleen in uiterste gevallen. Maar dan is er wel een hele weg aan voorafgegaan. Dan houden we een bewonersoverleg en dat bespreek je met de verpleeghuisarts, een psycholoog zit erbij. Je praat dan met elkaar. Als het levensbedreigend is als ze die medicijnen niet krijgen dan zal dat toch moeten.’ (verzorgende KWV)*

*‘Als we echt merken dat een bewoner niet meer goed het besef heeft dat hij niet meer kan lopen, dan denkt dat hij gewoon kan lopen, dan gaan we eerst denken: er is vast iets lichamelijks aan de hand. Dan komt de huisarts erbij kijken, de verpleegarts erbij. Die betrekken we bij elke zet die we doen. Het is ook heel belangrijk dat zij goed participeren in de zorg. We gaan dan kijken wat het probleem is. Stel dat iemand alleen gevaarlijker wordt wanneer hij moe dreigt te raken, dan kijken we eerst van: nou, wat is er mogelijk? Zou je hem dan misschien toch beter op die wat lagere bank kunnen zetten, zodat hij minder snel de neiging heeft om op te gaan staan, zodat hij even een uurtje tot rust komt. Zie je nou dat een bewoner daar moeite mee heeft, dan ga je gewoon kijken naar andere oplossingen. Je moet wel proberen om die onrust van de bewoner kwijt te kunnen. Als iemand op een plankstoel zou moeten zitten, dan doe je dat ook in goed overleg.’ (manager KWV)*

#### **6.5.4.5 Huisartsen**

Huisartsen noemen het voorkomen van gevaar voor de patiënt zelf (81,4%; n=27), het beschermen van de patiënt (74,1%), het voorkomen van gevaar voor anderen (66,7%) en het kunnen handhaven van de patiënt als belangrijkste redenen om vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen (37,0%). Ook 25,9% van de huisartsen noemt het ontbreken van voldoende toezicht en 7,4% het feit dat er te weinig personeel is gronden voor toepassingen van vrijheidsbeperkingen.

De geïnterviewde huisartsen komen alle, zoals hiervoor reeds uiteen werd gezet, in het merendeel van de gevallen in aanraking met vrijheidsbeperkingen via andere zorgaanbieders. Wanneer zij zelf vrijheidsbeperkingen voorschrijven gaat het in alle gevallen om het voorschrijven van medicatie wegens onrust, hallucinaties, dwaalgedrag – met name 's nachts – en dergelijke. Huisartsen zijn soms wel op de hoogte dat mantelzorgers vrijheidsbeperkingen toepassen, maar zijn dan niet bij de beslissing betrokken. Ook in die gevallen gaat het over het afsluiten van deuren. De geïnterviewde artsen die dit melden hebben hier niet echt bezwaar tegen, omdat op deze wijze de zorg thuis ook voor de mantelzorger leefbaar wordt gehouden.

*‘Het is ook een manier voor de mantelzorg om de boel een beetje leefbaar te houden. Ik denk dat dat een dementerende klant voor partner of kinderen, een zware opgave is die met toch over het algemeen veel toewijding en liefde gedaan wordt. Je ziet vaak aankomen dat het op een gegeven moment niet meer gaat, dan moet de knoop doorgehakt worden. Dan moeten ze naar de pg. Dat is voor de partner, voor de kinderen soms ook wel, maar vooral voor de partner een heel moeilijk moment. En dat ze dan echt zeggen, nou het kan echt niet meer ...echt. Het had misschien al jaren eerder moeten, bij wijze van spreken. Maar dat is een eindeloos verhaal. Daar verbaas ik mij dan vaak over, hoe ver die mantelzorg dan is gegaan... Het is voor die partner natuurlijk doodvermoeiend. Je moet er voortdurend achteraan zitten.’ (huisarts)*

#### 6.5.4.6 Ziekenhuisafdelingen

Vrijwel alle ziekenhuisafdelingen noemen het voorkomen van gevaar voor de patiënt zelf reden om vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen (93,1%; n=191). Daarnaast wordt het beschermen van de patiënt geregeld genoemd (79,1%) en in iets mindere mate het voorkomen van gevaar voor anderen (93,1%). Veel ziekenhuisafdelingen noemen tevens het ontbreken van voldoende toezicht (41,3%) en personeelstekort (20,4%) redenen om vrijheidsbeperkende maatregelen bij patiënten toe te passen.

Uit de interviews blijkt dat voor veel respondenten het voorkomen van vallen een reden voor toepassing van vrijheidsbeperkingen is.

*‘Wij passen vrijheidsbeperkingen toe indien dit nodig is. Dat is het geval als mensen echt agressief zijn, niet alleen verbaal, maar ook fysiek agressief. Of als ze de neiging hebben om uit bed te klimmen en als beddekken niet meer helpen. Dan is het meer de bescherming voor de mensen zelf, dat ze zich niet bezeren.’ (verpleegkundige klinische geriatrie ziekenhuis)*

Eén respondent omschrijft als reden in het algemeen die situaties waarin een patiënt een gevaar is voor zichzelf of voor de medepatiënten.

*‘Op neurologie vind ik het soms heel verantwoord om vrijheidsbeperkingen toe te passen om te voorkomen dat mensen uit bed rollen of vallen en uiteindelijk in zo’n houding terechtkomen dat ze er dood aan gaan. En als je dan de onrust kunt beperken door een band, dan denk ik dat het verantwoord is’ (afdelingshoofd neurologie ziekenhuis)*

Onder gevaar worden tevens allerlei medische zaken begrepen, bijvoorbeeld het uittrekken van een katheter of het verwijderen van infusen.

*‘Wij passen bijvoorbeeld vrijheidsbeperkingen toe bij patiënten die zodanig in de war zijn dat ze bijvoorbeeld gaan lopen of opstaan, terwijl dat eigenlijk niet kan. Dat ze zonder het te beseffen vasthangen aan allerlei slangen en dergelijke en die op andere manieren, bijvoorbeeld door een verpleegkundige ernaast te zetten of iemand van de familie, niet zodanig rustig te houden zijn dat voorkomen wordt dat ze opstaan.’ (afdelingshoofd interne geneeskunde ziekenhuis)*

Ook (motorische) onrust is een veelvoorkomende reden om vrijheidsbeperkingen toe te passen. Als hier sprake van is wordt veelal medicatie toegepast, maar tevens fixatiemiddelen. Verder komt het geregeld voor dat een patiënt een delier heeft of anderszins verward is, bijvoorbeeld na een operatie, waardoor er ingegrepen moet worden. Agressie is, zoals uit een eerder voorbeeld ook al bleek, eveneens een reden om vrijheidsbeperkingen toe te passen.

*‘Sommige patiënten zijn gewoon agressief, dus die slaan anderen, knijpen anderen en daar moeten andere patiënten en het personeel tegen beschermd worden.’ (neuroloog ziekenhuis)*

Eén respondent zegt dat een gebrek aan toezicht een reden kan zijn om sneller over te gaan tot vrijheidsbeperkingen.

*‘Soms is het ook noodgedwongen dat iemand langer aan de Zweedse band ligt, gewoon vanwege het feit dat je te weinig mensen hebt. Er is dan geen overzicht en heb je niet de controlemogelijkheden om heel geregeld binnen te lopen. Dan zul je een afweging moeten maken en prioriteiten moeten stellen. Die prioriteit houdt dan in dat hij eerder in de Zweedse band gaat bijvoorbeeld.’ (verpleegkundige afdeling longziekten ziekenhuis)*

Een respondent van een geriatrieafdeling van één van de ziekenhuizen geeft aan dat op andere afdelingen vrijheidsbeperkingen vaker voorkomen. Naar haar idee heeft dat soms te maken met onkunde. Aan de andere kant is het vanwege de aard van de aandoening soms ook eerder noodzakelijk:

*‘Misschien grijpt de een sneller naar de band, dat kan natuurlijk ook. En daar kan ik me ook wel wat bij voorstellen hoor, als mensen natuurlijk een nieuwe heup hebben gekregen en ze liggen op orthopedie daarna, dan wil je natuurlijk niet dat ze het bed uitstappen. Daar is wel wat voor te zeggen.’ (verpleegkundige geriatrieafdeling ziekenhuis)*

Verschillende respondenten in de ziekenhuizen zijn van mening dat vrijheidsbeperkingen in een aantal gevallen te snel, zonder dat naar een alternatief is gezocht wordt toegepast.

*'Het enige waar men hier voor moet oppassen is dat men misschien te snel fixeert. Gewoon rustig houden met praten kost erg veel moeite. Als het niet hoeft, dan liever niet. Sommige collega's passen liever wel vrijheidsbeperkingen toe dan niet. Maar er zijn genoeg die absoluut zeggen, dat als het niet echt héél nodig is, dan liever niet.'* (verpleegkundige interne geneeskunde ziekenhuis)

*'Ik vind dat sommige verpleegkundigen wel eens te snel komen vragen om middelen en maatregelen wanneer een patiënt onrustig is. Bijvoorbeeld als er koffiepauze is vind ik dat de verpleegkundigen maar bij de patiënt moeten gaan zitten, omdat dat ook vaak de onrust weg kan nemen. Desnoods zetten ze de patiënt maar naast zich neer in de koffiekamer'* (klinisch geriater ziekenhuis)

#### 6.5.4.7 Overlast

Een specifiek punt van aandacht in dit onderzoek is geweest de mate waarin cliënten overlast veroorzaken bij anderen en in hoeverre dit bijvoorbeeld leidt tot het eerder toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Overlast kan dan zijn schreeuwen, roepen of bij anderen binnenlopen. Anders dan bijvoorbeeld in verzorgingshuizen (Arends en Stigter, 2003) leidt overlast naar andere cliënten bij de meeste zorgvormen niet tot specifieke problemen. In de thuiszorg speelt het probleem sowieso niet, omdat er in het algemeen geen directe contacten met andere cliënten zijn. Voor zover er bij een bepaalde zorgvorm sprake is van contacten met andere cliënten, volstaat uitleg over de situatie van de psychogeriatrische cliënten. Gaat het om extreme overlast dan kan het in woonzorgcomplexen echter soms leiden tot maatregelen, zoals afzonderen op de eigen kamer of het verstrekken van medicatie. Volgens respondenten komt dit echter bij zeer hoge uitzondering voor. Verschillende respondenten benadrukken juist dat gezamenlijke activiteiten van psychogeriatrische cliënten met overige cliënten tot meer begrip leiden, waarna men zelfs vaak behulpzaam is bij de zorg.

Ook in de bezochte kleinschalige woonvoorziening komt overlast voor als reden om in te grijpen. In een uiterste geval wordt iemand tijdelijk naar zijn kamer verbannen. In de samenstelling van de groepen wordt echter er echter al rekening mee gehouden dat mensen zoveel mogelijk op elkaar aansluiten.

*'Mijn vader zit in een huisje met vijf vrouwen. (...) Hij is dus ook altijd vrouwen om zich heen gewend. Het is vertrouwd. Maar het fijne is, daar kijken ze hier ook een beetje naar. Als er een plekje vrij komt, dan kijken ze ook in de wachtlijst van: goh, wie zou daar nou in passen? Dat doen ze dus ook met zorg. Het is natuurlijk ook voor de mensen die hier zijn en degene die hier komt verschrikkelijk wennen in het begin. Je wordt zomaar in een groepje gezet. Dat moet ook wel klikken.'* (verteenwoordiger KWV)

Volgens de respondenten is overlast op zich niet een heel groot probleem. Vanwege de kleinschaligheid verlopen de contacten niet anders dan in een gezin waar ook ruzie voorkomt.

*Het kan zijn dat je stevig optreedt: moet je horen, je irriteert gewoon. Ga even met ons mee en dan kunnen we erover praten. Of we gaan een rondje lopen of je gaat naar je eigen kamer toe. Of je gaat zelf weg. Het gaat hier niet zo makkelijk met zes bewoners. Je kan moeilijk vijf mensen wegsturen naar hun eigen kamer omdat er een lelijk doet. Dus dat staat altijd los. Wij hebben hier het normale leven en daar komt ook ruzie in voor. Daar is niets mis mee. De meesten kunnen er ook wel mee overweg hoor. Die maken gewoon ruzie terug. Tja, dan hebben ze allemaal een heel actieve dag in ieder geval. Zo werkt het wel. Dus verzorgers grijpen in dat soort situaties meestal niet in, tot het moment daar is dat iedereen het of zat is of dat je denkt van dat een ander er niet tegenop kan. Dan spring je ertussen, je leidt iemand af. Het zijn wel zeer demente mensen. Soms kom ik dan opdraven als directeur om iemand toe te spreken. Ja, als je echt vervelend doet dan komt de politie erbij. Dat zou je thuis ook doen.* (directeur KWV)

Voor ziekenhuizen kan overlast vaker een probleem zijn en ertoe nopen dat moet worden

ingegrepen.

*'De omgang van psychogeriatrische patiënten met andere patiënten op de afdeling geeft nog wel eens problemen. Vooral het schreeuw- en roepgedrag, de onrust. En we proberen meestal wel iemand apart te leggen, maar soms is dit ook niet mogelijk. Want soms heb je ook eenpersoonskamers nodig voor mensen die ernstig ziek zijn. En soms ja, moet je dan toch ingrijpen, omdat het een overmatige prikkeling teweegbrengt bij de patiënt die niet psychogeriatrisch is. En wat is dan de oplossing, ja, dat iemand of in een onderzoekskamer of op de badkamer moet slapen. Het zijn niet de meest ideale ruimtes, maar ja...' (specialistisch verpleegkundige interne geneeskunde ziekenhuis)*

#### **6.5.4.8 Conclusie**

Uit het kwantitatieve onderzoek blijkt dat voor zorgaanbieders die zorg verlenen aan psychogeriatrische patiënten de belangrijkste redenen zijn voor het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen het voorkomen van gevaar voor de patiënt (92,4%; n=319), het beschermen van de patiënt (76,2%) en het voorkomen van gevaar voor anderen (56,2%). Opvalt dat relatief vaak wordt aangegeven dat het ontbreken van voldoende toezicht (37,6%) en personeelstekort (21,4%) ertoe aanzetten dat vrijheidsbeperkende maatregelen moeten worden toegepast. Redenen die bij het kwantitatieve onderzoek niet zo vaak genoemd worden zijn, dat het wordt verzocht door vertegenwoordigers (21,6%), dat het wordt gevraagd door de cliënt zelf (20%), of dat vrijheidsbeperkingen gebruikelijk (automatisme) zijn (1,3%). Dit zijn alle drie redenen die tijdens de interviews wel nogal eens naar voren worden gebracht. Daarnaast blijkt uit de interviews onrust, valgevaar of dwaalgedrag vooral worden gezien als bronnen van gevaar. Overlast kan daarnaast een reden zijn om vrijheidsbeperkingen toe te passen, waarbij agressie het eerst daartoe uitnodigt. Tevens wordt in verschillende interviews gesuggereerd dat onwetendheid, of gewoontes ertoe bijdragen dat in sommige gevallen eerder naar vrijheidsbeperkende maatregelen wordt gegrepen. Dit lijkt te worden bevestigd door het in paragraaf 6.5.2.5 opgemerkte over deskundigheid van personeel. Op dit onderwerp wordt in paragraaf 6.9.1 nader ingegaan.

Het ontbreken van personeel of voldoende toezicht kan ertoe bijdragen dat vrijheidsbeperkende maatregelen moeten worden toegepast, zo blijkt zowel uit de interviews als uit het kwantitatieve onderzoek. Indien de zorg zo georganiseerd is dat cliënten continu in het zicht zijn van zorgverleners, zijn vrijheidsbeperkende maatregelen minder vaak nodig.

### **6.5.5 Procedures rondom vrijheidsbeperkingen**

#### **6.5.5.1 Algemeen**

In deze paragraaf wordt bekeken hoe zorgaanbieders de zorg rondom het toepassen van vrijheidsbeperkingen hebben georganiseerd.

Iets meer dan de helft van de zorginstellingen die zich bezighouden met zorg aan psychogeriatrische patiënten heeft een protocol voor het toepassen van vrijheidsbeperkingen ontwikkeld (51,2%; n=340). Het meeste komt dit voor bij ziekenhuizen en het minste bij huisartsen en thuiszorginstellingen. In het merendeel van de gevallen besluit de arts tot het toepassen van vrijheidsbeperkingen en is hij bovendien verantwoordelijk voor het toepassen van vrijheidsbeperkingen (57,7%; n=279). Daarnaast zijn bij veel zorgaanbieders de betrokken verpleegkundigen of verzorgenden verantwoordelijk (43,7%), met name bij ziekenhuisafdelingen of bij de thuiszorg, of betreft het een teambeslissing (40,5%).

Opvallend is dat als het gaat om dwangbehandeling of een noodsituatie, de arts volgens meer zorgaanbieders verantwoordelijk is voor de uitvoering (76,5%) en bovendien ook het besluit tot de dwangbehandeling neemt (74%).

### 6.5.5.2 Thuiszorg

22,9% van de thuiszorginstellingen (n=48) heeft een protocol ontwikkeld voor toepassingen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Van de ondervraagde thuiszorginstellingen tijdens de interviewfase heeft er één een richtlijn opgesteld met betrekking tot vrijheidsbeperkingen. Een ander is bezig er een te ontwikkelen. De overige hebben geen protocol.

Het besluit tot het toepassen van vrijheidsbeperkingen wordt meestal genomen door de betrokken hulpverleners in overleg met de vertegenwoordiger of cliënt. (64,7%; n=34). 29,4% van de thuiszorginstellingen zegt dat het besluit tot het toepassen van vrijheidsbeperkingen door de mantelzorgers genomen wordt. Bij 52,9% is het een beslissing van het team. 32,4% noemt de behandelend arts en 32,4% de betrokken verpleegkundigen en/of verzorgenden als degenen die het besluit tot toepassing nemen. Meer dan de helft van de thuiszorginstellingen vraagt toestemming voor een vrijheidsbeperkende maatregelen aan zowel de cliënt als aan de vertegenwoordiger (73,5%). 17,6 % vraagt het alleen aan de vertegenwoordiger en 8,8% aan de cliënt zelf.

Voor de meeste organisaties is het de uitvoering van het toepassen van vrijheidsbeperkingen een gedeelde verantwoordelijkheid voor alle betrokken hulpverleners (52,9%) of een verantwoordelijkheid voor de mantelzorgers (52,9%). In iets mindere mate antwoorden respondenten dat de betrokken verpleegkundigen of verzorgenden verantwoordelijk zijn (50,0%) de behandelend arts (41,1%) of de instelling (41,1%). Ingeval van dwangbehandeling of noodsituaties vindt nog maar een derde van de respondenten de mantelzorgers verantwoordelijk (8%) voor het toepassen van vrijheidsbeperkingen.

Eén van de bezochte thuiszorgorganisaties zonder protocol, volgt desondanks een vaste procedure indien er vrijheidsbeperkingen worden toegepast. Allereerst wordt met de cliënt overlegd. Mocht deze daartoe niet meer in staat zijn dan wordt het met de familie besproken en vastgelegd in het zorgplan; dit echter meer om zichzelf in te dekken, dan uit zorgvuldigheids-overwegingen.

*‘Wij mogen geen mensen opsluiten, vastbinden of wat dan ook. We doen het wel eens een enkele keer, maar in dat geval laten we de zaakwaarnemer, de familie of de contactpersoon iets ondertekenen dat wij dat wel willen doen, maar dat de gevolgen niet voor onze rekening zijn.’ (teammanager thuiszorg)*

De thuiszorgorganisatie die met een protocol werkt heeft vrijheidsbeperkende interventies als volgt geregeld. Verantwoordelijk voor de toepassing is de huisarts. Als besloten wordt tot een vrijheidsbeperkende maatregel – er moet een duidelijke indicatie zijn dat deze noodzakelijk is - moeten de huisarts, de manager, de vertegenwoordiger en de cliënt een meldingsformulier ondertekenen. Dit formulier wordt opgenomen in het zorgdossier bij de cliënt thuis, in het cliëntendossier op het kantoor, er gaat een kopie naar de wachtlijstcoördinator van het zorgkantoor en het origineel gaat naar de inspectie.

Hoewel de overige thuiszorgorganisaties geen vaste procedures met betrekking tot vrijheidsbeperkende maatregelen hebben, is in de manier van werken wel een patroon te bespeuren. Voor alle thuiszorgorganisaties geldt dat het initiatief tot de toepassing van een vrijheidsbeperking in het algemeen uitgaat van de betrokken (eerst verantwoordelijke) zorgverlener of de familie. De familie komt in het algemeen niet met een concreet voorstel, maar geeft aan een bepaald onderdeel van de zorg niet meer aan te kunnen.

*‘De familie geeft bijvoorbeeld aan dat het niet lukt om de medicatie te geven. Nou dan zeg je van nou oké dan doen we het stiekem. Zo wordt het eigenlijk wel vaak gedaan. En als de huisarts dan zegt, nou dan geef ik wel druppeltjes voor in het drinken. En op die manier lukt het dan wel.’ (verpleegkundige thuiszorg)*

Ook wordt door alle respondenten aangegeven dat als er zwaardere maatregelen genomen



moeten worden, zoals het afsluiten van deuren, dat dit nooit zonder overleg gebeurt met de huisarts en familie.

Sommige respondenten zijn zich er niet van bewust wie verantwoordelijk is voor een toepassing.

*'Ik weet eigenlijk niet wie verantwoordelijk is voor het toepassen van bedhekken, Zweedse banden en dergelijke. Ik denk niet dat de verantwoording bij ons ligt, omdat wij ook niet continu aanwezig zijn hè? Dus denk ik dat wij meer een adviserende rol daarin hebben dan iets anders. Je doet de bedhekken omhoog en je gaat weg. Als degene die daar nog in huis is ze weer naar beneden doet... dus waar de verantwoordelijkheid wat dat betreft ligt, weet ik niet.'* (verpleegkundige thuiszorg)

#### **6.5.5.3 Woonzorgcomplexen**

31,3% van de woonzorgcomplexen heeft een protocol voor het toepassen van vrijheidsbeperkingen. Bij de geïnterviewde woonzorgcomplexen betreft het drie van de vier woonzorgcomplexen.

Bij de meeste woonzorgcomplexen is de beslissing om vrijheidsbeperkingen toe te passen een gezamenlijk besluit van de betrokken hulpverleners in overleg met de vertegenwoordiger of de cliënt (47,8%; n=55). In mindere mate wordt het besluit genomen door verpleegkundigen of verzorgenden in overleg met de arts (40%), de behandelend arts (25,5%), de mantelzorgers (12,7%) of door de betrokken verpleegkundigen of verzorgenden (10,9%). Toestemming wordt meestal zowel aan de cliënt als aan de vertegenwoordigers gevraagd en in een vijfde van de woonzorgcomplexen uitsluitend aan de vertegenwoordigers.

Voor de uitvoering van de vrijheidsbeperkingen is in 58,1% van de woonzorgcomplexen de behandelend arts verantwoordelijk. 44,2% vindt de instelling verantwoordelijk, bij 37,2% is het een teambeslissing, en 16,2% noemt de betrokken verpleegkundigen of verzorgenden.

Voor alle bezochte instellingen geldt dat vrijheidsbeperkingen worden toegepast na overleg met arts en familie. Met de cliënt wordt het in het algemeen uitsluitend besproken als deze nog in staat is hierover te beslissen.

Twee van de vier instellingen hebben een verpleeghuisarts die adviseert bij toepassingen van vrijheidsbeperkingen. De besluitvorming gebeurt uiteindelijk door de huisarts. In beide instellingen wordt gezegd dat deze structuur soms problemen kan geven als de huisarts het niet eens is met het advies van de verpleeghuisarts. Verder is het omslachtig: er moet steeds met meerdere artsen worden overlegd; artsen zijn niet altijd bereikbaar. In één van beide instellingen heeft men met maar liefst 36 verschillende huisartsen te maken.

*'Het kan soms conflicten opleveren. Maar doorgaans is het eerder andersom, dat de huisarts blij is en niet aan het zeuren is. Maar ik heb ook wel eens meegemaakt dat er een advies kwam over medicijnen en dat de huisarts dat langs zich neer liet glijden. Dat is een moeilijke situatie'* (zorgcoördinator woonzorgcomplex).

#### **6.5.5.4 Kleinschalige woonvoorzieningen**

54,5% van de kleinschalige woonvoorzieningen heeft een protocol voor het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen (n=22). Het besluit tot het toepassen wordt in de meeste gevallen genomen door de behandelend arts (82,3%); bij 47,0% betreft het een teambeslissing in overleg met de vertegenwoordiger of de cliënt en bij 22,7% is het uitsluitend een teambeslissing. 11,7% van de kleinschalige woonvoorzieningen laat uitsluitend de verpleegkundigen of verzorgenden het besluit nemen om vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen, en bij eveneens 11,7% zijn het uitsluitend de vertegenwoordigers die beslissen. Toestemming wordt bij 64,7% van de woonvoorzieningen aan zowel de cliënt als aan de vertegenwoordiger gevraagd; bij 29,4% uitsluitend aan de vertegenwoordiger en bij 5,9% alleen aan de cliënt zelf.

Voor de uitvoering is bij vrijwel alle voorzieningen de arts verantwoordelijk (94,1%), bij 29,4% de betrokken verpleegkundigen en verzorgenden, bij 23,5% de instelling en bij 35,3% betreft het een gedeelde verantwoordelijkheid van alle betrokken hulpverleners.

Bij de tijdens het kwalitatieve onderzoek bezochte kleinschalige woonvoorziening vinden belangrijke zorgbeslissingen plaats in het multidisciplinaire bewonersoverleg, dat eens in de zes weken wordt gehouden. Daarnaast worden geregeld teambesprekingen gehouden. Voor medische beslissingen is de eigen huisarts van bewoners eindverantwoordelijk. Verder is aan de instelling een verpleeghuisarts verbonden, die aanwezig is bij het MDO, en het personeel en de huisartsen adviseert.

De instelling heeft geen protocol voor het toepassen van vrijheidsbeperkingen. Wel geldt een vaste werkwijze. Indien overwogen wordt om vrijheidsbeperkingen toe te passen gebeurt dit in ieder geval in overleg met de artsen en ook de familie wordt bij de beslissing betrokken. Voor de bewoner zelf geldt dit minder volgens de respondenten, omdat deze tot zo'n beslissing dan ook niet meer in staat is.

*'Als wij een maatregel overwegen, dan betrekken wij eerst de familie erbij, nou of eigenlijk zijn die er vaak al bij betrokken. We vragen de huisarts om zijn mening. We betrekken altijd de verpleeghuisarts erbij. We komen met z'n allen bij elkaar en nemen beslissingen. Als iedereen akkoord is met hetgeen wat we dan willen, dan tekenen we een formulier en een kopie gaat dan in het zorgdossier.'* (manager KVV)

De contacten tussen huisartsen en verpleeghuisarts leveren geen problemen, maar bij de deskundigheid van huisartsen met betrekking tot de zorg aan psychogeriatrische patiënten worden wel eens vraagtekens geplaatst.

*'Doorgaans verloopt het bij ons zo dat als er problemen zijn op het gebied van dementie, dat er een deskundige bij wordt gehaald. Men komt tot een bepaald voorstel, in overleg met de huisarts, want de huisarts moet uiteindelijk die medicatie voorschrijven. Alle bewoners hebben hier hun eigen huisarts en die zijn de eindverantwoordelijken voor de zorg. En daarom willen wij die betrokkenheid. Maar ik heb zelf nog niet meegemaakt dat er problemen waren. Soms vraag ik mezelf wel af, en dat is mijn ervaring een beetje... kijk de huisarts als algemeen. Ik wil niet zeggen dat ze minder verstand hebben van dementie, maar de huisartsen weten ook dat wij de expertise in huis hebben. Zo gauw wij met een voorstel komen, dan gaan ze er toch al gauw mee akkoord. Soms vraag ik me wel eens af van: is er wel voldoende kennis bij huisartsen om dat in te kunnen schatten? Daar bestaan heel weinig discussies over, sowieso. Ik heb nog niet meegemaakt dat iemand zei van: jeetje, wat doe je daar moeilijk over of zoiets. Toch heeft de betrokkenheid van de huisartsen wel een meerwaarde. We zijn een kleine eenheid, we zijn geen instelling, we zijn een woonvorm. Hoe meer mensen met ons meekijken in ons handelen, hoe beter dat gewoon is.'* (manager KVV)

#### **6.5.5.5 Huisartsen**

Uit de interviews met de huisartsen wordt duidelijk dat ze geen vaste procedure hebben voor het toepassen van vrijheidsbeperkingen. Protocollen zijn er in ieder geval niet; ook de huisartsen die in de verzorgingshuizen komen hebben die niet. Ze komen ad hoc met vrijheidsbeperkingen in aanraking – en zoals eerder aangegeven – als het om fysieke vrijheidsbeperkingen gaat ligt het initiatief eigenlijk nooit bij de arts zelf. Ook uit de resultaten van de enquête blijkt dat slechts 11,4% van de huisartsen met een protocol inzake toepassingen van vrijheidsbeperkingen werkt.

In vergelijking tot andere zorgaanbieders vinden minder huisartsen het besluit tot het toepassen van vrijheidsbeperkingen uitsluitend een beslissing van de arts vinden (33,3%; n=24). De meeste huisartsen zijn van mening dat het een gezamenlijke beslissing van alle betrokken hulpverleners is (66,7%) of een beslissing van de betrokken hulpverleners in overleg met vertegenwoordiger of cliënt (45,8%). 16,6% vindt de mantelzorgers verantwoordelijk. Toestemming wordt door 62,5% van de huisartsen gevraagd aan zowel de cliënt als de vertegenwoordi-

ger; en 20,8% aan uitsluitende vertegenwoordiger. 8,3% vraagt alleen toestemming aan de cliënt en eveneens 8,3% vraagt geen toestemming.

Voor de uitvoering van vrijheidsbeperkingen is het bij 66,7% een gedeelde verantwoordelijkheid van alle betrokken hulpverleners. 33,3% vindt alleen de behandelend arts, en 33,3% alleen de betrokken verpleegkundigen of verzorgenden verantwoordelijk. Daarnaast vindt 20,8% dat de mantelzorgers verantwoordelijk zijn voor het toepassen van vrijheidsbeperkingen.

Als er sprake is van dwangbehandeling of een noodsituatie vinden nog minder huisartsen dat de verantwoordelijkheid voor de beslissing tot vrijheidsbeperkingen en de uitvoering daarvan, uitsluitend bij de arts ligt.

Blijkbaar is het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen een verantwoordelijkheid die huisartsen niet graag alleen dragen, en liever afwegen in overleg met andere zorgverleners.

#### 6.5.5.6 Ziekenhuisafdelingen

Een groot deel van de ziekenhuisafdelingen heeft een protocol voor het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen (69,2%; n=169). Het besluit tot het toepassen van vrijheidsbeperkingen is meestal een gezamenlijk besluit van de betrokken hulpverleners in overleg met vertegenwoordiger of cliënt. Bij 60,2% is het een besluit van uitsluitend het team, waaronder de arts. Verder beslist bij 52,7% uitsluitend de behandelend arts en nemen bij 37,8% van de afdelingen de betrokken verpleegkundigen het besluit alleen. Toestemming voor een vrijheidsbeperking vraagt 71,6% van de ziekenhuisafdelingen aan zowel de cliënt als aan de vertegenwoordiger. 14,4% vraagt het alleen aan de vertegenwoordiger en 11,9% alleen aan de patiënt zelf. 1,9% vraagt in het geheel geen toestemming.

Voor de uitvoering van vrijheidsbeperkende maatregelen is bij 62,7% van de afdelingen alleen de betrokken arts verantwoordelijk; bij 52,7% de betrokken verpleegkundigen of verzorgenden en bij 37,3 % is het een gedeelde verantwoordelijkheid van alle betrokken hulpverleners. Verder noemt 19,3% van de respondenten de instelling en 6,2% de mantelzorgers verantwoordelijk.

Twee van de vijf ziekenhuizen die aan het onderzoek hebben meegewerkt hebben nog geen protocol over vrijheidsbeperkende maatregelen. De overige drie hebben dit wel. Het protocol geldt steeds ziekenhuisbreed. Als er een protocol voorhanden is, betekent dit echter niet dat het ook overal goed gebruikt wordt. In één ziekenhuis zijn een aantal respondenten niet op de hoogte van het feit dat er een protocol is. In een ander ziekenhuis wordt door meerdere respondenten aangegeven dat het protocol niet door alle afdelingen gebruikt wordt, terwijl dit wel de bedoeling is.

*'Er is nu helemaal geen beleid in het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Elke afdeling doet maar wat min of meer. Natuurlijk probeert men het zo goed mogelijk te doen en er zijn ook protocollen tussen aanhalingstekens ontwikkeld hoe daar mee om te gaan(...) Er is hier een commissie medische aangelegenheden die onlangs heeft geconstateerd dat er in huis gewoon maar wat werd gedaan op dat gebied. Ik vind het zelf bijvoorbeeld vreemd dat binnen interne geneeskunde alleen al de ene afdeling zich wel aan gemaakte afspraken houdt, terwijl andere afdelingen dat niet doen. Het was een internist die dit constateerde bij één van onze geriateren, terwijl hij dus ook van deze afspraken zou moeten weten.'* (afdelingshoofd interne geneeskunde ziekenhuis)

In de ziekenhuizen ligt de eindverantwoordelijkheid van toepassingen van vrijheidsbeperkingen in het algemeen bij de arts, hoewel in vrijwel alle ziekenhuizen wordt benadrukt dat ook verpleegkundigen een zekere verantwoordelijkheid hebben. Een respondent formuleert dit aldus:

*'De arts is eindverantwoordelijk. En de verpleegkundige moet goed toezien op het juist gebruik.'* (geriater ziekenhuis)

Ook een andere arts is van mening dat verpleegkundigen een zekere verantwoordelijkheid behoren te dragen

*'In wezen is een opdracht tot een vrijheidsbeperkende maatregel een opdracht die door een arts*

*gegeven zou moeten worden. Dat is een medische opdracht, net zoals een opdracht dat hij een pil moet geven(...) De verpleging heeft dan de verantwoordelijkheid om een vrijheidsbeperking volgens de regelen der kunst uit te voeren. En daar ontbreekt het nu nog aan. Ik heb zelf, samen met een paar collega's een aantal jaar geleden twee patiënten beschreven die min of meer gestikt zijn in een Zweedse band. En dat wil zeggen dat het aanleggen van dit soort dingen en de uitvoering ervan een specifieke vaardigheid is. En waarvan ik ook nog eens vind dat de verpleging daar afzonderlijk op moet kunnen aangesproken. Bijvoorbeeld in de huidige Wet BIG zou het correct uitvoeren van dit soort handelingen vastgelegd dienen te zijn.'* (internist ziekenhuis)

Bij één ziekenhuis komt in noodsituaties de arts er bij de overweging om een vrijheidsbeperking toe te passen zelfs helemaal niet meer aan te pas.

*'We hebben afgesproken dat in acute situaties de arts en de nachtdienst er niet meer bij hoeven te komen. Het zijn dan gewoon twee gekwalificeerde collega's, ik en mijn collega, die de situatie afzonderlijk inschatten en dan bijvoorbeeld zeggen van ja, ik hou het op fixatie. En de volgende ochtend, dan is de visite. De eigen zaalarts is dan aanwezig. Dan wordt de situatie besproken en wordt het verder door de arts goed- of afgekeurd. Vrijheidsbeperkingen worden zo min mogelijk gedaan.'*

Verpleegkundigen blijken meestal ook de initiators te zijn van een beslissing tot een vrijheidsbeperkende toepassing. Zij zijn degenen die signaleren dat een vrijheidsbeperking bij een patiënt noodzakelijk is en schakelen daartoe een arts in. Enkele verpleegkundigen zeggen ook wel over te gaan tot vrijheidsbeperkingen zonder toestemming vooraf van een arts.

*'De arts is in principe eindverantwoordelijke, maar dat neemt niet weg dat wij als er geen arts is, ook overgaan tot het gebruik van middelen zonder toestemming van een arts, want die regel komt weer van die van een goed hulpverlener van de Wgbo.'* (verpleegkundige afdeling geriatrie ziekenhuis)

In sommige ziekenhuizen blijkt uit de interviews dat het multidisciplinair overleg een belangrijke rol inneemt bij besluitvorming met betrekking tot vrijheidsbeperkingen bij patiënten. Door deze respondenten wordt aangegeven dat het besluit tot toepassing een gezamenlijke beslissing is. Bij deze interviews komt naar voren dat dit besluit zorgvuldig wordt afgewogen, zoals blijkt uit het volgende citaat:

*'In een MDO wordt besproken of het voor hem of haar geïndiceerd is om te gaan fixeren of dat hij daar nog onhandelbaarder van gaat worden.'* (verpleegkundige afdeling klinische geriatrie ziekenhuis)

*'In de regel is het zo dat als je een bepaald probleem ziet aankomen, dat je daar probeert beleid op te maken. En het wordt ook met een arts besproken. Als het kan wordt het vervolgens multidisciplinair besproken. Er is één keer in de week een multidisciplinaire vergadering. Maar in elk geval wordt het wel met de arts besproken. Die vult een formuliertje in. Vervolgens wordt het met de familie besproken en dan wordt de maatregel toegepast.'* (specialistisch verpleegkundige afdeling interne geneeskunde ziekenhuis)

Uit de interviews blijkt dat specialistisch verpleegkundigen van de afdelingen geriatrie of psychiatrie, en ook geriaters en psychiaters geregeld geconsulteerd worden door andere afdelingen wanneer bij een patiënt een vrijheidsbeperking overwogen wordt of wanneer een bepaald gedrag of gevaar bij de patiënt waargenomen wordt. Het gebeurt echter niet structureel, hoewel enkele protocollen dit wel voorschrijven.

#### **6.5.5.7 Conclusie**

De wijze waarop de procedure rondom het toepassen van vrijheidsbeperkingen is georganiseerd, wisselt nogal in de verschillende settings, al is het patroon van wie verantwoordelijk zijn voor de beslissingen en voor de uitvoering vergelijkbaar. In de thuiszorg lijkt de procedure het minst te zijn georganiseerd. De meeste zorgaanbieders zijn van mening dat het besluit over het

toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen moet worden genomen door alle betrokken hulpverleners in overleg met de vertegenwoordiger, of de cliënt als deze daartoe nog in staat wordt geacht. Minder dan de helft vindt dat deze beslissing alleen door een arts moet worden genomen, en minder dan een derde denkt dat dit alleen door verpleegkundig of verzorgend personeel kan worden gedaan.

Verder bevordert de aanwezigheid van een multidisciplinair overleg het zorgvuldig handelen: er wordt vanuit verschillende invalshoeken nagedacht over de noodzaak van een toepassing en over alternatieven. Het multidisciplinaire karakter heeft een kruisbestuivend effect: men leert van elkaar op een betere manier met de problematiek om te gaan, zo wordt door een aantal respondenten benadrukt.

### 6.5.6 Vrijheidsbeperkingen in kader overeenkomst

Vrijheidsbeperkingen vormen, wanneer ze worden toegepast volgens de meeste deelnemers onderdeel van het zorgplan, althans van het zorgdossier. Dat betekent dat toepassing ervan in de meeste gevallen wordt overlegd met de familie, of met de cliënt zelf als deze daartoe nog in staat is. Zoals hiervoor echter al aan de orde kwam geldt voor sommige toepassingen dat respondenten niet altijd duidelijk is dat het om een vrijheidsbeperking gaat. Het wordt in enkele gevallen uit automatisme toegepast (bijvoorbeeld beddekken) en in die gevallen wordt ook niet expliciet om toestemming gevraagd. Dit gebeurt zowel in enkele thuiszorginstellingen, woonzorgcomplexen als ziekenhuizen. Ook als het om medicatie gaat, ontbreekt in een aantal gevallen expliciete toestemming. Artsen lijken niet de neiging te hebben om die toestemming te vragen, en als het verzoek om toepassing van medicatie hen via andere zorgkanalen bereikt, wordt dikwijls een recept afgegeven zonder dat zij de patiënt zelf gezien hebben. Enkele vertegenwoordigers die deelnamen aan dit onderzoek klaagden bij navraag over de procedure rondom vrijheidsbeperkingen met name ook over onvrede over de medicatieverstrekking waarin zij niet gekend waren.

*'Er is een keer een medicijn gegeven waar wij niet over geïnformeerd waren. Een verkeerd medicijn. Het was tenminste te snel gegeven. Te snel achter elkaar. En toen dachten we dat m'n moeder echt dood ging. Dat was verschrikkelijk. Ze was helemaal de kluts kwijt, ze snurkte, ze sliep en we kregen haar maar niet wakker. We wisten ook niet wat het was, en ze kreeg ook attacks achter elkaar en op gegeven moment kwam er een andere ploeg van de zorg. En die ene jongen heeft toen gezegd dat er te snel medicijnen achter elkaar gegeven waren. Daar was ze zo raar van. Ik hoorde het op die zondag. We waren er toevallig ook bij. En toen kwam dat uit, waar we natuurlijk heel boos om waren, dat kan je wel voorstellen.'* (vertegenwoordiger woonzorgcomplex)

Als het om zwaardere vrijheidsbeperkingen gaat, bijvoorbeeld het toepassen van Zweedse banden of verpleegdekens, wordt toestemming explicieter gevraagd. Dat geldt althans voor de thuiszorg en de woonzorgcomplexen.

Uit veel interviews in ziekenhuizen blijkt weliswaar dat vertegenwoordigers geïnformeerd worden over toepassingen van vrijheidsbeperkingen, maar wordt niet helder of ook expliciet om toestemming wordt gevraagd. In een aantal gevallen wordt dit wel aangegeven, maar lang niet altijd. Tijdens de invitation conference op 29 oktober 2003 werd geopperd dat het in ziekenhuizen bij toepassingen van vrijheidsbeperkingen veelal noodsituaties betreft waarin onverwijd moet worden opgetreden. Dit komt ook tijdens verschillende interviews naar voren. Desondanks bestaat de indruk dat ook in andere situaties niet altijd om expliciete toestemming gevraagd wordt.

*'Veel belangrijker is om het aan de familie zodanig uit te leggen, dat je een consensus bereikt. Dus dat de familie zegt van: nee, wij zijn het eens met wat toen gekozen was. Dat is nog niet echt een toestemming misschien, maar wel dat ze in ieder geval zeggen van we zijn er niet tegen wat u gedaan heeft. Daar bereik je vaak al heel veel meer mee. Dat is dus het zoeken naar een consensus en dat hoeft niet altijd a-priori...dat kan ook achteraf.'* (internist ziekenhuis)

*‘Wat we overigens wel doen is dat de familie op de hoogte wordt gesteld van vrijheidsbeperkingen en dat er toestemming aan de arts hier gevraagd wordt(...) Ik vind dat in ieder geval de familie op de hoogte moet zijn. Of ze daar ook toestemming over moet geven, vind ik, daar kun je nog een discussie over voeren, maar ik vind wel dat ze het in ieder geval moeten weten.’ (afdelingshoofd klinische geriatrie ziekenhuis)*

*‘Aan de familie wordt het goed uitgelegd. Het is zo dat er dat en dat aan de hand is en dat is de reden dat ik hem ging fixeren. Ik ga in zulke gevallen niet de familie bellen van zal ik hem fixeren of niet. Dat doe je niet. (cardioloog ziekenhuis)*

Tot slot laten de interviews met vertegenwoordigers vanuit diverse settings zien dat zij zich niet echt deskundig genoeg voelen om echt inspraak te hebben. Veelal laten ze de beslissing aan de zorgverleners vanuit de gedachte dat die wel weten wat nodig is.

## 6.5.7 Dwang

### 6.5.7.1 Algemeen

Tijdens het onderzoek is bekeken in hoeverre er sprake is van dwang in het algemeen en bij toepassing van vrijheidsbeperkingen in het bijzonder.

Belangrijk om te kunnen bepalen of er sprake is van dwangbehandeling is te weten of respondenten een goed begrip hebben van wat ‘verzet’ van cliënten inhoudt.

Verzet is voor de meeste respondenten iedere uiting van een cliënt, verbaal of non-verbaal, waaruit blijkt dat hij het niet eens is met de uitvoering van de behandeling (79,2%; n=356). Daarnaast vinden veel respondenten alleen alle uitingen van wilsbekwame cliënten verzet (17,1%). In de thuiszorg en bij woonzorgcomplexen is een kwart deze mening toegedaan. 8,1% vindt alleen verbale uitingen verzet en 4,1% zegt dat het afhankelijk is van de situatie of dat er sprake moet zijn van een consistente weigering vooraleer van verzet kan worden gesproken.

In het algemeen kan gesteld worden dat respondenten in alle sectoren aangeven dat dwang in hun eigen setting zelden voorkomt. Net als bij Bopz-instellingen speelt echter ook hier het probleem dat verzet van cliënten niet altijd als zodanig wordt herkend dan wel gekwalificeerd, waardoor bepaalde handelingen ten onrechte niet als dwangbehandeling worden bestempeld. Onderstaande tabel laat zien welk percentage van de zorgaanbieders die vrijheidsbeperkingen toepassen minimaal met dwangbehandeling toepast.

**Tabel 6-16 Gemiddelde percentage zorgaanbieders dat in 2002 dwangbehandeling toepaste, in procenten**

Zorgaanbieder	N=	Percentage dwang-behandeling	Meest voorkomende maatregel (van meer naar minder)
KWV	22	45,5	1. Zware fixatie 2. Bedhekken 3. Lichte fixatie 4. Medicatie 5. Afzondering 6. Beperkingen ontvangen bezoek 7. Voedsel/vocht toediening
Huisartsen	29	31,0	1. Medicatie 2. Gecamoufleerde medicatie 3. Bedhekken 4. Beperkingen ontvangen bezoek

			5. Controleren poststukken
			6. Beperkingen telefoonverkeer
			7. Deur op slot
Ziekenhuisafdelingen	191	21,5	1. Zware fixatie
			2. Lichte fixatie
			3. Medicatie
			4. Afzondering
			5. Bedhekken
			6. Gecamoufleerde medicatie
			7. Belmat
			8. Beperkingen ontvangen bezoek
Woonzorgcomplexen	44	9,1	1. Zware fixatie
			2. Medicatie
			3. Belmat
Thuiszorg	41	4,9	1. Zware fixatie
			2. Lichte fixatie
Totaal	327	20,7	1. Zware fixatie
			2. Bedhekken
			3. Sederende medicatie
			4. Lichte fixatie
			5. Afzondering
			6. Gecamoufleerde medicatie
			7. Belmat
			8. Beperkingen ontvangen bezoek
			9. Voedsel/vocht
			10. Beperkingen telefoonverkeer
			11. Controle poststukken

Fixatie werd door de zorgaanbieders die dit aangaven in 2002 maximaal twintig keer bij wijze van dwangbehandeling toegepast. Bij twee ziekenhuisafdelingen gebeurde het echter vaker dan dertig maal. Sederende medicatie en psychofarmaca werden eveneens maximaal twintig keer toegepast, zowel gewoon als gecamoufleerd toegediend. Het gebruik van belmatten kwam maximaal vijftien keer onder dwang voor en de overige maatregelen alle maximaal tien keer. Van de huisartsen die geconfronteerd werden met vrijheidsbeperkingen heeft een derde ook te maken met dwangbehandeling. Eén huisarts deelt mee bij tien psychogeriatrische patiënten in 2002 dwangbehandeling te hebben toegepast, zonder dat daar andere zorgverleners bij betrokken waren.

#### 6.5.7.2 Thuiszorg

Volgens de respondenten in de thuiszorg komt het zeer sporadisch voor dat vrijheidsbeperkingen onder dwang worden toegepast. In dat geval moet er echt sprake zijn van een noodsituatie, zo formuleert één van de respondenten dit:

*‘Maar dan moet het ook echt wel nood zijn. Ik bedoel dan moet iemand dan ook echt zijn huis in elkaar rammen, dat de GGD erbij komt en weet ik niet wie allemaal. Maar dat komt bijna nooit voor.’ (stafmedewerker thuiszorg)*

Als mensen een behandeling of verzorging weigeren, met andere woorden zich verzetten, dan wordt in het algemeen getracht door middel van overreding tot overeenstemming te komen. hetgeen in de definitie van Berghmans c.s (2001: 11) gezien in de meeste gevallen gezien moet worden als drang. Toch kan deze vorm van overreding ook dwang worden, zoals ook blijkt uit het volgende citaat:

*‘Op het moment dat mensen echt verzet gaan plegen dan geven wij soms aan dat het alternatief opname is: dat is de keus die mensen hebben, die kan je natuurlijk geven’ (verpleegkundige thuiszorg)*

In de praktijk krijgt men dus wel degelijk met verzet te maken.

*‘Verzet komt zeker voor. Ik zit even te denken aan medicijnen. Ik denk dat het regelmatig wel eens voorkomt dat de cliënt zegt, het smaakt bitter, het smaakt niet hè, als er iets in de thee zit. Dan wordt er verzet gepleegd. Dan weigert hij de medicatie en daar ga je dus dwars doorheen.’ (verpleegkundige thuiszorg)*

Het vermoeden bestaat dat dwang in de praktijk vaker voorkomt dan tijdens de interviews wordt beweerd.

De weinige situaties waarin men aangeeft dat inderdaad dwang wordt toegepast, vinden volgens de respondenten met name plaats bij het geven van eten en drinken, of wanneer medische redenen hierom vragen, bijvoorbeeld om te voorkomen dat iemand zijn katheter eruit trekt. Als het gaat om medicatie zal in zo'n geval eerder gekozen worden voor een gecamoufleerde toediening, hetgeen door veel respondenten niet als een dwangtoepassing wordt gezien.

Bij normale verzorgende handelingen, zoals douchen of aankleden wordt volgens de respondenten geen dwang gebruikt. Ook hier geeft men aan dat men in geval van weigering er altijd door middel van overleg uitkomt.

### **6.5.7.3 Woonzorgcomplexen**

Ook in de woonzorgcomplexen wordt volgens de respondenten weinig tot geen dwang gebruikt. Als het voorkomt gebeurt het meestal bij verzorgende handelingen. Slechts in een enkel geval gaat het om toepassing van vrijheidsbeperkingen.

*‘Ja, wat ook gebeurt is gewoon, van hup eten, mond open. Dus dat is...ja, helaas gebeurt dat wel. Maar het is vaak ook dat je wilt dat het goed met iemand gaat, maar dat hoeft natuurlijk niet iemands wil te zijn inderdaad. Maar dat gebeurt, ben ik bang, meer dan je denkt. Ja, gewoon onder dwang, ik vind dat zo'n naar woord, maar gewoon, ja, ik snap het echt helemaal hoor, zo van je moet eten, want dat is goed voor je. Maar als iemand echt niet wil, dan stoppen wij ermee. Maar in veel situaties is het vaak onbegrip. Van misschien willen ze wel eten, maar ze snappen het niet.’ (zorgcoördinator woonzorgcomplex)*

*‘We hebben dus wel een meneer die is heel erg agressief.. Die moeten we soms ook wel even met dwang omhoog helpen, omdat hij bijvoorbeeld nat is. Dat kun je dan wel zien. Nou dan moet hij naar de wc toe, maar dan wil hij niet. En dan slaat hij en dan laat ik het even bekomen. En als hij even later nog niet wil, dan pakken we hem met z'n tweeën en dan zeggen we: dan gaan we nu even staan 1,2,...en dan gaat hij meestal met ons mee, maar het is dus wel: hij moet staan ook al wil hij zelf niet. Maar ik kan die man niet in zijn smerige...want dat begrijpt hij ook niet, van oh ik ben nat.’ (verzorgende woonzorgcomplex)*

*‘Een voorbeeld van iets dat echt tegen de wil van de bewoner gebeurde is iemand die heel erg ziek was. Hij kon niet meer lopen maar kwam steeds uit bed. En was al honderd keer gevallen en had allerlei wonden en plekken en weet ik allemaal. En in zo'n geval nemen wij dan wel eens de beslissing om iets te doen. In dit geval hebben wij voor bedhekken gekozen en vastzetten met de Zweedse band.’ (zorgcoördinator woonzorgcomplex)*

Het gecamoufleerd toedienen van medicatie komt geregeld voor, wanneer cliënten weigeren deze te nemen. Dit wordt niet door alle respondenten als dwang gezien, maar door de meesten wel.

Verzet is voor de respondenten net als bij de andere zorgvormen een moeilijk onderwerp. Het onderkennen ervan is ingewikkeld. Cliënten maken hun wensen vaak niet echt meer duidelijk.



Een vertegenwoordiger formuleert dit als volgt:

*'Ik denk dat het gerust wel eens gebeurt dat zij [de verzorging – LA] denken van ja, ze zegt nu wel dat ze dat niet wil, maar we laten haar nu nog maar even zitten, want we zijn ergens anders mee bezig. Maar mijn moeder zal niet zo snel uit zichzelf nee of ja zeggen, je moet het haar wel eerst expliciet vragen. Terwijl ze vroeger misschien zou zeggen, ja hoor eens daar heb ik geen zin in. Dat is natuurlijk bij dementerende mensen heel moeilijk.'* (vertegenwoordiger woonzorgcomplex)

De meeste respondenten proberen in geval van verzet bij verzorgende handelingen door middel van overleg met de cliënt tot een oplossing te komen. Zonodig wordt dan een collega ingeschakeld die beter tot de cliënt kan doordringen. In het algemeen wordt bij voortdurend verzet gestopt met de handeling en wordt het zonodig later nog eens geprobeerd, tenzij dit in de ogen van de verzorging niet mogelijk is.

*'Voedsel of vocht toedienen, als ze niet willen eten of drinken...nee, daar ben ik heel gemakkelijk in. Dan maar niet op dat moment. Dan probeer ik het later weer. Ik kan niet iemand dwingen om te drinken. Dat ligt hier heel gevoelig. Als mensen niet meer willen, dan moet je dat accepteren.'* (verzorgende woonzorgcomplex)

*'Wij proberen het heel goed te monitoren door middel van het zorgplan (...) zodat er wel een stukje bewustzijn is van wanneer je iets toepast, waarom je het toepast en inderdaad ook observatie, zodat je weet: dient het het belang van de cliënt. Want als er inderdaad iemand onrustig wordt van zo'n bedhek, ja waar ben je dan mee bezig...Als er sprake is van bewonersverzet, als iemand niet naar bed wil, als iemand niet gewassen wil worden, hij wil er niet uit. Dan moet in een zorgplan duidelijk naar voren komen, van ja, als het natuurlijk een bepaald probleem is, dan moet er een probleemomschrijving komen met een doel en acties daarbij. Dan hoort dat gewoon in je zorgplan. Het gaat natuurlijk niet alleen over hoe ga ik iemand wassen, maar ook hoe ga je met iemand om, dat hoort ook in dat zorgplan als daar een bepaalde problematiek is als verzet.'* (zorgmanager woonzorgcomplex)

#### **6.5.7.4 Kleinschalige woonvoorzieningen**

Tijdens de interviews in de kleinschalige woonvoorziening wordt benadrukt dat men dwang zoveel mogelijk probeert te voorkomen.

*'Als iemand niet wil eten, dan eet hij niet. En als iemand geen medicatie neemt, dan krijgt hij het morgen wel weer. Kijk, het alternatief is natuurlijk dat we met z'n vieren boven op hem springen. Maar als iemand echt niet wil eten, dan eet hij niet. En als iemand niet naar bed wil, dan gaat hij niet naar bed bijvoorbeeld.'* (directeur KWV)

*'De voordeur is op slot. Ze kunnen naar boven gaan en ze lopen rondjes. Het voordeel van dementie is dat mensen dan vaak steeds nieuwe dingen zien. Maar iemand die hier binnen komt en zelf nog in staat is om het huis uit te lopen? Dat komt per definitie niet voor. (...) Als iemand zelfstandig is en buiten nog vrij rond kan lopen, die zijn zo door het dulle heen dat ze in een gevangenis wonen. Zo voelen ze dat. Dat je je af gaat vragen: wat is nou erger? Het risico dat het buiten fout loopt of het feit dat we zeker weten dat hij hier binnen ongelukkig is. Dat hebben we vaak hier gehad. Dan is het dus overleg plegen, onderling eerst. Hoe groot is het risico als je iemand buiten rond laat lopen? Voor zichzelf en voor het verkeer. Ook met de Inspectie, met de familie, met de politie. En dan laten we hem gaan en lopen we er wel een paar keer achteraan om te kijken of het zo vollopende is. Als iemand naar buiten mag, dan houden we ons hart vast en zijn we blij als hij weer binnen is. Ja, en dat hebben we eerder gehad. Er was eens iemand die werd bij Roosendaal toentertijd bij de trein opgepikt door de douane. Uiteindelijk is die overgeplaatst naar psychiatrie.'* (directeur KWV)

Desondanks komen situaties waarin dwang wordt toegepast voor, soms bij het toepassen van medicatie, bij mensen die niet in staat worden geacht om naar buiten te gaan, of bij toepassingen van een plank onder de stoel, al zeggen de respondenten dat al deze situaties maar hoogst

zelden voorkomen. Uit de interviews blijkt bovendien ook dat wanneer structureel dwang nodig zou zijn, mensen soms ook niet meer te handhaven zijn binnen de woonvoorziening.

*'We hebben in de vijftien jaar dat we bestaan zo'n zeven uithuisplaatsingen gehad. In vier gevallen ging het om demente mannen, waarbij wel heel duidelijk agressief gedrag te zien was. Dat ze stoeien door de ramen wilden gooien. Die mannen zijn uiteindelijk allemaal overgeplaatst naar geriatri-sche afdelingen van psychiatrische ziekenhuizen, omdat het hier gewoon veel te klein voor ze werd. Je hebt geen uitzetmogelijkheden, geen separeerruimtes; de slaapkamers van andere bewo-ners zijn open. Een aantal mannen deden ook seksueel getinte handelingen, dus dat werd gewoon een bedreiging voor de groep. Maar het overplaatsen gebeurt alleen als men zorgvuldig heeft be-keken van wat kunnen we doen kunnen we iets met medicijnen doen, of andere afleiding, meer hobby's aanbieden. Vaak duurt het eigenlijk nogal lang voordat ze toegeven dat het een onhoudba-re situatie is geworden.'* (manager KWV)

#### **6.5.7.5 Huisartsen**

De ondervraagde huisartsen hebben zelf nog nooit dwangbehandeling toegepast bij één van hun psychogeriatrische patiënten. Wel geven huisartsen aan dat soms enige drang gebruik wordt gemaakt om de patiënt te overreden een bepaalde behandeling te ondergaan.

Sporadisch treffen de ondervraagde huisartsen dwang aan in situaties waarbij andere zorgvor-men betrokken zijn. Het gaat dan vooral om verzorgingshuizen. Bij patiënten waarbij uitsluitend mantelzorgers de dagelijkse zorg voor hun rekening nemen, hebben deze artsen nog nooit dwang aangetroffen.

#### **6.5.7.6 Ziekenhuisafdelingen**

In de ziekenhuizen krijgt men in vergelijking met de andere zorgaanbieders vaker met dwang te maken. Respondenten geven aan dat ze te maken krijgen met (hevig) verzet en agressie, waardoor het nemen van dwangmaatregelen noodzakelijk kan zijn. Uit de gegeven antwoorden komt niet alleen naar voren dat men verzet en agressie vaker tegenkomt, maar ook dat de situaties in het algemeen wat duidelijker zijn dan bij de andere onderzochte zorgaanbieders.

*'Iets is duidelijk tegen de wil van de patiënt als hij zichzelf dreigt te verwonden of weg te lopen. En dan bedoel ik weglopen door een gevaar voor zichzelf te zijn. Ook agressie komt voor (verpleeg-kundige afdeling geriatrie ziekenhuis)*

Het kan dan gaan om onder dwang injecteren of fixatie door middel van Zweedse banden of polsbandjes. Ook het toepassen van verzorgende handelingen, bijvoorbeeld wassen, onder dwang komt voor.

*'Dat een patiënt geen toestemming geeft, zich verzet, dat is heel wisselend hoe vaak dat gebeurt. Soms heb je het een paar keer per week, soms een aantal weken niet.'* (specialistisch verpleeg-kundige ziekenhuis)

*'Je kunt het ook zien als de patiënt dus medicijnen moet hebben en die weigert te slikken, die wil ze niet hebben. En op dat moment, ja daar kun je vraagtekens bij zetten, het is wel in het belang van de patiënt, alleen je vraagt je af, hoever moet ik dan gaan in toestemming te vragen. En op een gegeven moment zal het kunnen resulteren dat je dan, in overleg, dat je dan besluit om dat per injectie dan te geven, als het in het belang van de patiënt is. Die situaties zijn er natuurlijk ook ge-woon. Dat is dan toch onder dwang eigenlijk. Er wordt dan in ieder geval met de arts overlegd; die moet het betreffende medicijn voorschrijven. Het wordt ook wel vermeld bij de familie, maar niet altijd'* (specialistisch verpleegkundige ziekenhuis).

Ook in de ziekenhuizen wordt door middel van overreding getracht een dwangtoepassing te voorkomen.

*'Het komt ook voor dat een patiënt geen medicijnen wil innemen terwijl dat wel noodzakelijk is. Maar tot nu toe is het steeds gelukt om te praten.'* (afdelingshoofd klinische geriatrie ziekenhuis)

In het algemeen wordt bij dwangtoepassingen met de familie overlegd. Als deze het er niet mee eens is vindt de dwangtoepassing in het algemeen ook niet plaats. Ook hier probeert men vaker door middel van overreding tot overeenstemming te komen en kan dit betekenen dat de vertegenwoordiger uiteindelijk weinig keus wordt gelaten:

*‘Soms heeft de familie er een duidelijke aversie tegen. Dat is ook wel heel logisch. Het is een beetje mensonterend soms, zonder meer. Maar als je het dan uitlegt, je zegt luister we kunnen de banden er ook wel afdoen, maar dan neemt u de consequenties, dan neemt u de verantwoordelijkheid op zich. Dan weten ze ook wel dat het gewoon noodzaak is. Het is dan bijna gevoelsmatig dat ze er moeite mee hebben, maar dat is ook heel begrijpelijk. Maar goed we nemen het zeker in de belangenafweging mee. We doen het toch voor de patiënt. Als je weet dat de patiënt er met een fractuur ligt, dan kunnen er rare dingen gebeuren. En dan ben jij degene die de verantwoording heeft. Als de familie het er niet mee eens is moeten ze de consequenties nemen. Maar het is nog nooit zo geweest dat ze de patiënt mee naar huis hebben genomen. Absoluut niet.’ (verpleegkundige ziekenhuis)*

#### **6.5.7.7 Conclusie**

Onder alle onderzochte respondentengroepen komen dwangtoepassingen van vrijheidsbeperkingen voor, al wordt dit door respondenten beduidend minder vaak genoemd dan overeengekomen toepassingen. Verhoudingsgewijs gebeurt dwangtoepassingen het vaakst bij kleinschalige woonvoorzieningen. Ook hier geldt dat dit waarschijnlijk voortvloeit uit de zwaardere zorgbehoefte van de cliëntenpopulatie. Een andere mogelijke verklaring is het feit dat respondenten uit deze zorgaanbieders relatief meer dan andere zorgaanbieders weten wanneer er sprake is van verzet, waardoor eerder onderkend wordt dat er sprake is van dwangbehandeling. Bij andere zorgaanbieders blijkt vaker tijdens interviews dat er sprake is van verzet, maar probeert men nogal eens patiënten, evenals vertegenwoordigers door middel van overreding akkoord te laten gaan met een bepaalde maatregel. Uit de interviews blijkt daarnaast dat dwangbehandeling een negatieve connotatie heeft: respondenten komen er niet graag voor uit dat dit wel eens nodig is. Opvalt dat fixatie door middel van Zweedse banden het middel is dat het vaakst wordt genoemd bij dwangtoepassingen. Mogelijk roept dit middel de meeste associatie met dwang op.

#### **6.5.8 Noodsituaties**

##### **6.5.8.1 Algemeen**

Naast situaties waarbij het zorgplan niet kan worden uitgevoerd omdat de cliënt zich verzet kan het ook voorkomen dat dwangtoepassingen van vrijheidsbeperkingen plaatsvinden in onverwachte situaties.

Een noodsituatie is voor de meeste respondenten in de eerste plaats een moment waarop er gevaar voor de cliënt zelf is (85,7%; n=371) of voor anderen dan de cliënt (73,5%). 36,4% vindt een noodsituatie een moment waarin er geen tijd is om toestemming te vragen, en 30,5% een situatie waarin er onvoldoende toezicht is op de cliënt.

**Tabel 6-17 Gemiddelde percentage zorgaanbieders dat in 2002 vrijheidsbeperkingen toepaste in noodsituaties, in procenten**

Zorgaanbieder	N=	Percentage vrijheidsbeperkingen	Meest voorkomende maatregel (van meer naar minder)
Ziekenhuisafdelingen	191	91,6	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zware fixatie</li> <li>2. Medicatie</li> <li>3. Lichte fixatie</li> <li>4. Afzondering</li> <li>5. Bedhekken</li> <li>6. Gecamoufleerde medicatie</li> <li>7. Belmat</li> <li>8. Voedsel/vocht</li> <li>9. Beperkingen ontvangen bezoek</li> <li>10. Deur op slot</li> <li>11. Beperkingen telefoonverkeer</li> </ol>
Huisartsen	29	82,0	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Medicatie</li> <li>2. Bedhekken</li> <li>3. Lichte fixatie</li> <li>4. Afzondering</li> <li>5. Gecamoufleerde medicatie</li> <li>6. Zware fixatie</li> <li>7. Deur op slot</li> <li>8. Beperkingen ontvangen bezoek</li> <li>9. Controleren poststukken</li> <li>10. Beperkingen telefoonverkeer</li> </ol>
Woonzorgcomplexen	44	56,8	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bedhekken</li> <li>2. Lichte fixatie</li> <li>3. Medicatie</li> <li>4. Gecamoufleerde medicatie</li> <li>5. Zware fixatie</li> <li>6. Belmat</li> </ol>
KWV	22	45,5	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zware fixatie</li> <li>2. Medicatie</li> <li>3. Lichte fixatie</li> <li>4. Gecamoufleerde medicatie</li> <li>5. Afzondering</li> <li>6. Deur op slot</li> </ol>
Thuiszorg	41	14,6	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lichte fixatie</li> <li>2. Medicatie</li> <li>3. Deur op slot</li> <li>4. Gecamoufleerde medicatie</li> <li>5. Beperkingen telefoonverkeer</li> </ol>
Totaal	327	74,0	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zware fixatie</li> <li>2. Medicatie</li> <li>3. Lichte fixatie</li> <li>4. Bedhekken</li> <li>5. Afzondering</li> <li>6. Gecamoufleerde medicatie</li> <li>7. Gebruik belmat</li> <li>8. Deur op slot</li> </ol>

Op kleinschalige woonvoorzieningen na, komen bij alle zorgaanbieders toepassingen van vrijheidsbeperkingen in noodsituaties vaker voor dan dwangbehandeling, maar minder vaak dan bij overeenkomst. Vrijwel alle ziekenhuisafdelingen en huisartsen die met vrijheidsbeperkingen te maken krijgen, passen ook vrijheidsbeperkingen toe in noodsituaties. Zware fixatie en het gebruik van sederende medicatie of psychofarmaca komen daarbij het meeste voor. Hieronder wordt besproken wat er met betrekking tot toepassingen van vrijheidsbeperkingen in noodsituaties tijdens de interviews naar voren is gekomen.

#### **6.5.8.2 Thuiszorg**

Noodsituaties in de thuiszorg worden voornamelijk geassocieerd met het weglopen van mensen die gaan dwalen op straat, of situaties waarin cliënten brandgevaar veroorzaken doordat ze het gas open laten staan. Het komt zeer weinig voor dat in die situatie middelen of maatregelen moeten worden toegepast. Als dit gebeurt, gaat het doorgaans om medicatie.

*‘Je hebt wel eens van die mensen die in een delier komen of die heel erg verward raken, bijvoorbeeld door een urineweginfectie. Die moeten dan even een tijdje ergens anders heen, bijvoorbeeld een crisisopname, tijdelijke opvang in het verpleeghuis of dat soort dingen. En dan kan het best zijn dat als die infectie over is, dat het weer rustig is dat ze dan weer naar huis kunnen. Dat doe je dus eerder dan dat je met dwang of weet ik veel wat, fixeren of zo, aan de gang gaat. Dat is echt de allerlaatste uitweg. Kijk medicijnen daar kun je dan ook nog wel eens iets mee om de mensen wat rustiger te maken.’ (verpleegkundige thuiszorg).*

Het kan ook voorkomen dat de familie iets onderneemt in afwachting van een andere oplossing.

*‘Ik had van de week iemand, waarvan de dochter die drie huizen verder woont werd wakker gemaakt door de buurt dat haar moeder op straat liep. Ja die gaat dan toch de deur op slot doen, want ze zegt van ik moet werken en ik moet toch 's morgens weer fit zijn. Ja, en nou zit er nachtzorg.’ (verpleegkundige thuiszorg).*

#### **6.5.8.3 Woonzorgcomplexen**

Ook bij de woonzorgcomplexen komt men noodsituaties waarin middelen of maatregelen genomen moeten worden maar weinig tegen. Evenals bij thuiszorginstellingen wordt hier dan meestal medicatie gegeven, in overleg met een huisarts en/of verpleeghuisarts. Een enkele respondent meldt dat soms ook fixatiemiddelen, zoals verpleegdekens worden gebruikt.

#### **6.5.8.4 Kleinschalige woonvoorzieningen**

Noodsituaties komen in de kleinschalige woonvoorziening die bezocht is een enkele keer voor.

*We hebben het laatst gehad met een bewoner in de avonddienst. Het was een grote, stevige man. En of hij nou de boel omver getrokken had of kort en klein geslagen, dat weet ik niet, maar hij zat zelf onder het bloed. Hij moest zelf naar het ziekenhuis. Die collega is dus met hem naar het ziekenhuis gegaan. Die had zijn vriendin gebeld, maar ze nam niet op. Die man was er erg boos om en toen hij terugkwam wilde hij zijn vriendin spreken, want die kon hij niet bereiken. Hij werd toen heel erg agressief en boos. We hebben een semafoondienst en die hebben een achterwacht en die kan je dus bellen. De directeur is toen gekomen en heeft hem gesproken. Die heeft hem rustig gekregen en bepaalde afspraken met hem gemaakt. Dat kon ook wel met deze man. Die hield zich daaraan, dat wist ie ook wel. Hij woont hier ook niet meer. Ja, dan heb je toch een achterwacht die je in kan schakelen. Dat heb je toch wel nodig. Je staat er 's avonds voor 36 mensen met zes mensen en als zoiets gebeurt dan, tja... En 's nachts kunnen ze terugvallen op de thuiszorg. Die heeft*

*een nachtdienst. Zij zijn altijd met z'n tweeën en als er iets ernstigs is, kan je ze altijd bellen. Het duurt dan twintig minuten, maar ze komen dan wel. We hebben soms ook contact met een ander verpleeghuis voor medicijnen, maar die kunnen geen hulp bieden. Zij kunnen daar niet weg. Maar je kan altijd nog een arts bellen, die hebben doktersdienst. En als je hulp nodig hebt omdat je iemand niet alleen van de grond krijgt of zo, dan kan je altijd nog 112 bellen natuurlijk. Maar dat gebeurt niet vaak. En de familie natuurlijk. Er zijn families die zeggen dat je ze altijd kunt bellen, dag en nacht. Met name als mensen terminaal zijn, in hun laatste levensfase. Dan vragen ze het echt nadrukkelijk, maar dan zijn ze er ook al vaak hoor. Ze geven ook aan dat ze vaak gebeld willen worden. (verzorgende KVV)*

#### **6.5.8.5 Huisartsen**

De geïnterviewde huisartsen hebben in thuissituaties incidenteel te maken met noodsituaties, waarbij middelen of maatregelen moeten worden toegepast. In alle gevallen betrof het toepassing van medicatie. Vanuit verzorgingshuizen, of andere instellingen hebben de respondenten nog nooit te maken gehad met een noodsituatie, maar de meeste geven aan dat die instellingen wel zullen bellen als dit voorkomt.

#### **6.5.8.6 Ziekenhuisafdelingen**

Ziekenhuizen hebben geregeld te maken met noodsituaties waarbij vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast. Het gaat dan veelal om toepassingen van Zweedse banden en andere vormen van vastbinden van patiënten, maar ook medicatie wordt dikwijls gebruikt. Uit de interviews met respondenten uit ziekenhuizen komt naar voren dat de meesten geen onderscheid maken tussen dwangtoepassingen die voortvloeien uit het zorgplan dat men heeft opgesteld, en vrijheidsbeperkingen die in een noodsituatie worden gebruikt. In beide situaties spreekt men van dwangbehandeling. Dit kan ook bij de respondenten van de overige zorgaanbieders spelen, maar daar komt dit minder pregnant naar voren, omdat men daar slechts incidenteel met dwang te maken krijgt.

Verder komt uit de interviews naar voren dat bij noodsituaties in drie van de onderzochte ziekenhuizen er niet altijd een arts wordt bijgehaald.

*'In een noodsituatie moet er zonder toestemming gehandeld worden om het gevaar af te wenden. Hiervoor wordt wel eens de onrustband gebruikt. De verpleegkundigen melden dit wel altijd achteraf aan de vertegenwoordiger en aan de arts' (geriater ziekenhuis)*

*'Het kan ook voorkomen dat patiënten agressief naar je toe zijn, daar zal ook op ingespeeld moeten worden door verpleegkundigen, want dan spreek je best wel over een nijpende situatie.' (verpleegkundige afdeling cardiologie ziekenhuis)*

*'In noodsituaties mogen verpleegkundigen fixatie toepassen, zeker als we het hebben over noodweer. Dan wordt altijd achteraf, na het incident, de geriater gebeld over de toepassing.' (verpleegkundige geriatrie)*

#### **6.5.8.7 Conclusie**

Zowel uit het kwantitatieve onderzoek als uit de interviews komt naar voren dat de onderzochte zorgaanbieders beduidend vaker te maken krijgen met noodsituaties waarin vrijheidsbeperkende maatregelen moeten worden toegepast, dan met dwangbehandeling. Een mogelijke verklaring is dat situaties waarin dwang worden toegepast ook als noodsituatie worden beschouwd. Met name de interviews bij ziekenhuizen geven aanleiding om dit te veronderstellen.

Ziekenafdelingen komen noodsituaties het meest tegen. Voor alle respondenten betekenen noodsituaties, onverwachte situaties, waarin gevaar ontstaat voor de cliënt of voor anderen, waarbij de aard van het gevaar contextafhankelijk is, hetgeen betekent dat het gevaar sterk afhangt van de persoon, de plaats en de zorgverlener die ermee te maken heeft. Bij de meeste

zorgaanbieders blijkt uit de interviews dat ook in noodsituaties vrijheidsbeperkende maatregelen een laatste redmiddel zijn. Meestal wordt naar alternatieven gezocht.

## 6.6 Overige beperkingen

Buiten de hiervoor behandelde individuele vrijheidsbeperkingen worden door de thuiszorginstellingen, de huisartsen en de meeste woonzorgcomplexen geen vrijheidsbeperkingen toegepast. Wel is bij het logeerhuis voor psychogeriatrische cliënten de afdelingsdeur gesloten, alsmede bij een deeltijdvoorziening van een van de andere woonzorgcomplexen. Ook in de kleinschalige woonvoorziening die bezocht is, is de deur naar de straat gesloten. In individuele gevallen wordt hier soms een uitzondering gemaakt voor een bewoner. Als deze nog in staat wordt geacht alleen de straat op te gaan, wordt dit wel eens toegestaan. Verder heeft de kleinschalige woonvoorziening voor de nacht een intercomsysteem, waarmee de nachtdienst geluiden van bewoners kan registreren. Dit systeem wordt door de zorgverleners echter niet als vrijheidsbeperkend beschouwd.

Van de bezochte geriatrische afdelingen in ziekenhuizen is bij één de afdelingsdeur eveneens gesloten en hebben de andere alle een code op de deur, waardoor de deur dan gesloten is voor die patiënten die de code niet kunnen lezen en/of onthouden.

Een afdeling geriatrie heeft naast een code op de deur, ook gewoonten die als vrijheidsbeperkend kunnen worden omschreven:

*‘We hebben wel andere gewoontes dan op andere afdelingen, maar dat zijn eigenlijk niet echte huisregels. Ik denk dan met name aan de dagindeling. De patiënten worden ’s morgens wakker gemaakt en dan worden ze eerst gewassen en aangekleed. Dan gaan ze naar de huiskamer en dan krijgen ze daarna ontbijt. Op de andere afdelingen is dat veel vrijer. Het hele ritme is veranderd om zoveel mogelijk de thuissituatie na te bootsen om ze een beetje in hetzelfde ritme te blijven houden. Ook om te voorkomen dat mensen te lang in bed blijven liggen worden ze door ons uit bed gehaald. Dat zijn niet echt regels, dat is meer de dagindeling.’ (afdelingshoofd klinische geriatrie ziekenhuis)*

Voor het overige zijn in huisregels of reglementen, voor zover er al sprake van was, geen andere vrijheidsbeperkingen aangetroffen dan dat op bepaalde plaatsen niet gerookt mocht worden in verband met brandgevaar. Huisregels/reglementen zijn uitsluitend aangetroffen bij enkele ziekenhuizen en woonzorgcomplexen.

## 6.7 Toezicht

### 6.7.1.1 Algemeen

Veel zorgaanbieders zijn van mening dat degenen die vrijheidsbeperkende maatregelen toepassen ook verantwoordelijk zijn voor het toezicht daarbij (70,6%; n=282); 46,8% vindt het afdelingshoofd of de teamleider verantwoordelijk en 35,8% de behandelend arts. 13,8% vindt de mantelzorgers verantwoordelijk en 6,0% houdt geen toezicht. Van degenen die toezicht houden, bieden de meeste zorgaanbieders 24-uurstoezicht (71,0%). Enkelen doen het alleen overdag (2,6%) en een iets groter aantal houdt extra toezicht, afhankelijk van de situatie (17,5). De overigen doen het alleen bij de reguliere zorgcontacten (4,8%).

Als er sprake is van dwangbehandeling of toepassingen van vrijheidsbeperkingen in noodsituaties, geven minder zorgaanbieders aan dat er geen toezicht wordt gehouden (3,2%), terwijl iets meer zorgaanbieders zeggen dat er 24-uurstoezicht plaatsvindt (75%).

### 6.7.1.2 Thuiszorg

71,4% van de thuiszorginstellingen (n=35) is van mening dat degenen die vrijheidsbeperkende maatregelen toepassen ook verantwoordelijk zijn voor het toezicht. 51,4% van de thuiszorginstellingen vindt dat de mantelzorgers voor het toezicht verantwoordelijk zijn. Verder vindt 31,4% dat de behandelend arts verantwoordelijk is en 20,0% de teamleider. 17,1% geeft aan dat er geen toezicht wordt gehouden ingeval van toepassingen van vrijheidsbeperkingen. 39,3% van de thuiszorginstellingen die toezicht uitoefenen, biedt 24-uurstoezicht. 17,9% doet het afhankelijk van de situatie zo vaak mogelijk en 32,1% houdt uitsluitend toezicht op de reguliere contactmomenten.

De meeste thuiszorginstellingen hebben geen permanent toezicht op psychogeriatrische patiënten. Hoe vaak ze bij een patiënt langskomen is afhankelijk van de zorgzwaarte en de woonsituatie, zo blijkt tijdens de interviews. Als iemand bijvoorbeeld alleen woont, zal een wijkverpleegkundige deze vaker bezoeken, dan wanneer deze met een partner samenleeft. De frequentie van de bezoeken varieert van een keer per dag tot vier á vijf keer per etmaal. Ook 's nachts komt men wel controleren of verzorgen, of iemand op het toilet helpen. In een enkel geval komt het echter wel voor dat iemand een nachtwacht krijgt die permanent toezicht houdt. Doorgaans is dit in afwachting van een opname in een intramurale instelling. Twee thuiszorginstellingen merken op dat voor overdag afspraken zijn gemaakt met de dagopvang, waar cliënten overdag naartoe gaan als zij continu toezicht nodig hebben en dit thuis niet kan worden geboden.

*'Als cliënten dreigen weg te lopen doen wij nooit de deur op slot. Wij proberen nachtzorg te regelen, omdat ze dan toch een verpleeghuisindicatie krijgen en dan hoop je toch dat ze binnen zes weken opgenomen zijn en in de tussentijd kan er dan nachtzorg worden ingezet. Dan komt er iemand gedurende de nacht van elf uur 's avonds tot zeven uur de volgende ochtend. Dit doen we omdat in het verleden toch wel mensen buiten gevonden zijn die 's nachts zijn gaan dwalen. Overdag gaan ze dan naar de dagopvang voor zes dagen in de week. Dan blijft er nog één dag over voor familie; dat is dan wel op te brengen. Maar dat is echt als er nergens plek is, hoor. (verpleegkundige thuiszorg)*

### 6.7.1.3 Woonzorgcomplexen

In woonzorgcomplexen is de teamleider meestal degene die toezicht houdt bij de uitvoering van vrijheidsbeperkende maatregelen (72,1%; n=43). 58,1% zegt dat degenen die vrijheidsbeperkende maatregelen toepassen ook verantwoordelijk zijn voor het toezicht daarvan en 53,5% vindt de behandelend arts verantwoordelijk. Tot slot zegt 2,3% dat de mantelzorgers verantwoordelijk zijn en 2,3% houdt geen toezicht bij toepassingen van vrijheidsbeperkingen. 71,4% heeft 24-uurs-toezicht geregeld voor cliënten bij wie vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast. 21,4% houdt afhankelijk van de situatie zo vaak mogelijk toezicht en 4,8% houdt alleen overdag toezicht.

De mate waarin cliënten in woonzorgcomplexen toezicht krijgen is in de eerste plaats afhankelijk van het zorgproduct dat zij ontvangen en in de tweede plaats van de zorgbehoefte van die cliënten. De geboden zorg is doorgaans niet standaard en wordt niet altijd door het complex zelf geleverd. Soms gebeurt dit gedeeltelijk of zelfs geheel door de thuiszorg.

Een derde factor in de mate waarin cliënten toezicht hebben is de bouwkundige situatie die bij bepaalde zorgproducten hoort. Zo is bij zelfstandige woonunits het toezicht veel minder dan in een meer verzorginghuisachtige setting.

*'Je hebt weinig toezicht, want stel dat je mensen op de woning hier laat, omdat je nog even wat andere dingen moet doen, dan kan je toch niet precies zien wat ze doen. Je hebt toch minder toezicht dan. In een verzorgingshuis heb je toch meer controle, omdat je er toch misschien wat langs-*



*loopt en zo en dat heb je met deze woningen minder, vind ik.' (verpleegkundige woonzorgcomplex met zelfstandige woonvormen)*

Psychogeriatrische cliënten gaan overdag dikwijls naar een dagopvang of een meerzorgafdeling. Woonzorgcomplexen hebben in het algemeen een dagopvang die ook voor cliënten van buiten het complex openstaat. Hier hebben cliënten het meest toezicht. Een respondent vertelt dat bij hen de meeste uren drie verzorgenden beschikbaar zijn voor twaalf cliënten. In de avonden gaat het om twee verzorgenden. Een logeershuis heeft twee verzorgenden die de zorg hebben over tien cliënten. Ook 's nachts houdt hier iemand permanent toezicht op de zeven cliënten die dan maximaal aanwezig zijn. Zoals eerder werd aangegeven kan een gebrek aan toezicht de beslissing versnellen om over te gaan tot het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen.

*'Zweedse banden zijn voor ons echt het uiterste, als we dan echt niks meer voorhanden hebben. Als de familie er vaak bij is dan hoeft dat niet, of bijvoorbeeld vrijwilligers, of als er andere mogelijkheden zijn. Dan gebeurt dat allemaal niet. Als mensen de hele dag alleen zijn en het niet anders opgelost kan worden, dan wordt het gedaan. We zorgen wel dat dan regelmatig iemand kijkt of het goed zit.' (zorgmanager woonzorgcomplex)*

Problemen met betrekking tot het toezicht in woonzorgcomplexen doen zich in het algemeen eerder 's nachts dan overdag voor, omdat men voor overdag dagopvang heeft. Als een bewoner erg onrustig is of wanneer er valgevaar, bestaat de grootste kans dat juist in die uren met vrijheidsbeperkingen gewerkt wordt.

Een tekort aan toezicht of een gebrek aan overzicht kan voor een deel worden ondervangen met behulp van elektronische meldingssystemen, zoals bijvoorbeeld belmatjes.

*'Die mevrouw heeft dus een alarmmatje en dan hopen we maar dat we er op tijd bij zijn. Als de bel gaat duurt het sowieso vijf tot tien minuten voordat de melding bij ons komt. Die bel moet eerst naar de alarmcentrale en dan moet die weer naar ons bellen. Dat duurt minstens vijf minuten. En dan moet je er nog naar toe. Dat is wel een nadeel van dit systeem vind ik, je kunt er nooit zo snel bij zijn. Maar mocht mevrouw dan gevallen zijn, dan heb je wel dat belletje gehad, dus blijft ze niet tot 's ochtends vroeg liggen. Nee, we gaan er dan altijd naartoe.' (verzorgende kleinschalige woonvormen woonzorgcomplex)*

Op de meeste plaatsen is 's nachts vrij weinig toezicht.

*'In de nacht loopt er bij ons een nachtdienst rond voor de hele instelling en er is ook een slaapdienst. Die kan naar bed gaan en de ander kan vaststellen wanneer er iets gebeurt en de slaapdienst zonodig wakker maken.' (zorgmanager woonzorgcomplex)*

#### **6.7.1.4 Kleinschalige woonvoorzieningen**

Bij kleinschalige woonvoorzieningen houdt de teamleider meestal toezicht bij de uitvoering van vrijheidsbeperkende maatregelen (70,6%; n=17). 64,7% van de instellingen zegt dat degenen die vrijheidsbeperkende maatregelen toepassen ook verantwoordelijk zijn voor het toezicht daarvan en bij 35,3% is de behandelend arts verantwoordelijk. Bij kleinschalige woonvoorzieningen geeft 17,6% van de respondenten aan dat mantelzorgers verantwoordelijk zijn voor het toezicht. 82,4% van de kleinschalige woonvoorzieningen heeft 24-uurstoezicht als er vrijheidsbeperkingen worden toegepast. Eén instelling heeft alleen overdag toezicht (5,9%) en de overigen geven aan dat afhankelijk van de situatie zo vaak mogelijk toezicht wordt gehouden (11,8%).

De kleinschalige woonvoorziening heeft gedurende de dag één verzorgende per woning. Dat betekent dat deze verzorgende de verantwoording heeft over zes bewoners. In de ochtenduren is er extra hulp die vanuit de thuiszorg wordt georganiseerd. 's Nachts heeft één verzorgende de verantwoording over alle 36 bewoners in de zes huizen. Er is extra ondersteuning door

middel van een intercomsysteem, waarmee geluiden van de bewoners op de kamers beluisterd kunnen worden. Verder is er een achterwacht en kan zonodig de hulp van de thuiszorg ingeroepen worden die ook twee mensen 's nachts paraat hebben.

*'Overal zit een kastje dat elke avond aangaat en in de ochtend uitgaat. Dat vangt geluid op. Als er ergens geluid plaatsvindt boven een bepaald niveau, dan gaat er hier in een kastje een signaal af. En dan kan je in het kastje zien in welke woning je moet zijn. Dat gaat per woning. Als we denken dat iemand heel veel risico gaat lopen, dan doen we dit vaker. Dat beschouw ik niet als een vrijheidsbeperkende maatregel. Wij doen het alleen als we er zeker van zijn dat er een risico is. En als we het niet zouden doen, dan zouden we iets anders doen wat erger zou wezen. Privacy is ook een discussiepunt bij ons. Het toezicht 's nachts is niet altijd veilig. Dat heeft weer te maken met het verhaal van de afweging van voor- en nadelen. Die maatregelen moeten we betalen. Dit zou betekenen dat we geld moeten weghalen bij zaken die we belangrijk vinden. De Inspectie vindt dat je in een huiskamer continu toezicht moet hebben. Daar zijn wij op tegen. Ik vind dat je dan een onmenselijke situatie creëert. Onze ervaring is dat het eigenlijk nooit uit de hand loopt. Het is erger als je dag en nacht in de gaten wordt gehouden. We weten ook wel dat er iets fout zou kunnen gaan. Maar dat gebeurt elke dag. Bijvoorbeeld als je buiten loopt of als je gaat skiën. We doen elke dag risicovolle dingen. Maar we hebben niet extra incidenten, integendeel.'* (directeur KWV)

*'Ook als we teamoverleg hebben, zorgen we dat er toezicht is. Dat houden we 's ochtends vroeg. De verzorgers, die beginnen om 8.00 uur, gaan om 8.30 uur naar het huis toe. Dan ligt iedereen nog gewoon te slapen. En tijdens de nachtdiensten nog, want mochten ze inderdaad... We werken met een intercomsysteem. Mochten de bewoners iemand nodig hebben, dan gaat er natuurlijk iemand heen. En als we als een team een bewonersoverleg hebben, dan regelen we gewoon een oppas die op de bewoners komt opletten. En dan zitten we gewoon boven. Mocht er wat aan de hand zijn, dan worden we gelijk ingeseind.'* (manager KWV)

#### **6.7.1.5 Huisartsen**

69,2% van de huisartsen die met vrijheidsbeperkende maatregelen te maken krijgen (n=26), vindt dat degenen die vrijheidsbeperkingen toepassen ook verantwoordelijk zijn voor het toezicht ervan. Slechts 25% vindt de behandelend arts verantwoordelijk voor het toezicht en de overigen geven aan dat de mantelzorgers verantwoordelijk zijn (33,3%) of dat hen niet bekend is wie toezicht houdt.(20,8%) 38,5% van de huisartsen geeft aan dat de patiënten op wie vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast 24-uurstoezicht hebben, en 7,7% zegt dat het afhankelijk van de situatie is hoe het toezicht wordt geregeld, maar in ieder geval zo vaak mogelijk. 3,8% van de patiënten heeft alleen overdag toezicht. De overige huisartsen weten niet hoe het toezicht geregeld is.

Huisartsen hebben vanuit hun positie, waarbij ze uitsluitend kortdurend met patiënten te maken nauwelijks opmerkingen over toezicht op patiënten die aan vrijheidsbeperkingen onderhevig zijn. Zoals eerder beschreven hebben ze, zeker in de thuissituatie weinig ervaring met het toepassen van fysieke vrijheidsbeperkingen. Het onderwerp is slechts beperkt aan de orde gekomen.

#### **6.7.1.6 Ziekenhuisafdelingen**

Bij ziekenhuisafdelingen geeft driekwart van de respondenten aan dat degenen die vrijheidsbeperkende maatregelen toepassen ook verantwoordelijk zijn voor het toezicht (76,1%; n=163). 50,3% vindt het afdelingshoofd verantwoordelijk en 33,7% de behandelend arts. Ook 5,5% vindt de mantelzorgers verantwoordelijk en 6,1% houdt geen toezicht. 17,3% van de ziekenhuisafdelingen stelt dat het toezicht zo vaak mogelijk gebeurt afhankelijk van de situatie en 1,9% zegt dat het toezicht zich beperkt tot de reguliere contactmomenten. De overige afdelingen hebben 24-uurstoezicht.

In de ziekenhuizen is het geen algemeen beleid dat psychogeriatrische patiënten meer toezicht krijgen dan andere. Alle respondenten geven echter aan dat er indien nodig bij deze patiëntengroep meer gecontroleerd wordt. Wanneer vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast vindt die controle in ieder geval plaats. Ziekenhuizen met een protocol op dit terrein hebben dit ook daarin opgenomen. De frequentie waarin dit gebeurt varieert van een kwartier tot twee uur.

*‘Voor zover ik weet zijn in het protocol wanneer er vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast evaluatiemomenten ingebouwd. Daar is een minimum op gezet van om de twee uur. In de regel gebeurt dat natuurlijk veel vaker. Ja, in de praktijk zal het wel zo zijn dat om het half uur, drie kwartier wel iemand binnenloopt.’ (afdelingshoofd interne geneeskunde ziekenhuis).*

Een respondent meldt dat in een enkel geval ook mantelzorgers worden ingeschakeld bij het toezicht. Meestal is dit echter niet mogelijk.

‘Het zal altijd zo zijn dat patiënten, tenzij er een enorme mantelzorg is en mensen die waken of er naast slapen bij wijze van spreken, zal niet altijd zo zijn dat er een verpleegkundige of wie dan ook permanent aanwezig is op die kamer. Er is niet altijd zicht op de patiënt.’ (afdelingshoofd interne geneeskunde).

Voor de nacht is er meestal één of twee verpleegkundigen per afdeling. Ook die komen zonodig vaker bij een patiënt langs, zeker ook in het geval van vrijheidsbeperkende toepassingen.

#### **6.7.1.7 Conclusie**

Op verschillende plaatsen in dit onderzoek blijkt dat de mate waarin er toezicht op de cliënten plaatsvindt en waarin vrijheidsbeperkingen worden toegepast omgekeerd evenredig zijn: hoe meer toezicht er is, hoe minder snel vrijheidsbeperkingen noodzakelijk zijn. 's Nachts is toezicht doorgaans moeilijker te realiseren dan overdag, waar huiskamerprojecten doorgaans voldoende mogelijkheden tot toezicht geven. Elektronische hulpmiddelen zoals af luistersystemen, camera's, belmatjes, of deurmelders kunnen het toezicht 's nachts verbeteren en soms ingrijpender vrijheidsbeperkingen zoals bedhekken of zelfs Zweedse banden of verpleegdekens voorkomen. Ziekenhuizen hebben het meeste personeel om toezicht te houden, zeker 's nachts, maar doordat de patiënten op kamers verblijven is het toezicht desondanks minder dan settings waarin cliënten overdag in één ruimte verblijven en continu toezicht hebben. Ook beschikt men lang niet altijd over dezelfde hulpmiddelen als elders, waardoor het toezicht eveneens minder kan zijn bij ziekenhuisafdelingen.

Als er vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast, doen de meeste zorgaanbieders wel inspanningen om het toezicht zoveel mogelijk op te voeren. In de thuiszorg, maar ook bij andere zorgaanbieders worden daarbij ook wel mantelzorgers ingeschakeld.

### **6.8 Registratie en eventuele meldingen**

#### **6.8.1.1 Algemeen**

De meeste zorgaanbieders die vrijheidsbeperkende maatregelen toepassen zeggen dat dit altijd vastgelegd wordt (66,3%; n=290). 21,4% registreert het meestal, 6,9% registreert het soms, en 4,5% registreert het niet. Voor de beslissing om wel of niet te registreren maakt het niet uit of het gaat om vrijheidsbeperkingen die worden toegepast na een overeenkomst, bij wijze van dwangbehandeling of in een noodsituatie. Het overgrote deel van de zorgaanbieders (84,7%) legt de vrijheidsbeperkende maatregelen vast in het zorgdossier. 58,0% zegt de maatregelen te registreren in het zorgplan. 5,5% heeft een centraal register en 12,8% legt de maatregelen ergens anders in vast. Genoemd worden onder andere statussen, dagrapportages, incidentenmeldingen en FONA en FOBO meldingen.

Het merendeel van de instellingen meldt toepassingen van vrijheidsbeperkingen nooit aan de

inspectie (85,0%; n=210). 10,9% doet het altijd en 2,4% af en toe. Huisartsen en ziekenhuizen melden het minst (<7%); thuiszorginstellingen en kleinschalige woonvoorzieningen vormen een tussengroep (12 en 19,4%) en het meest wordt gemeld door woonzorgcomplexen (een derde - 33,3% - zegt altijd te melden). Als er sprake is van dwangbehandeling of noodsituaties wordt door de zorgaanbieders vaker contact gezocht met de inspectie.

#### 6.8.1.2 Thuiszorg

Van de 35 instellingen die de vraag hebben beantwoord of vrijheidsbeperkingen worden geregistreerd doet 63,9% dit altijd en 33,3% meestal. 2,8% registreert de vrijheidsbeperkingen niet. Ook hier leggen de meesten de toepassing van vrijheidsbeperkingen vast in het zorgdossier en/of het in het zorgplan (68,6%). 5,7% heeft een centraal register en 2,9% doet het elders.

Van de bezochte thuiszorginstellingen heeft één organisatie een speciaal registratieformulier, twee hebben er nog geen, maar hebben dit wel in de maak. Eén heeft nog niets geregeld en legt ook nog niets vast wanneer er vrijheidsbeperkingen worden toegepast. De overige beschrijven een toepassing van een vrijheidsbeperking wel in het zorgdossier. Desondanks komt niet alle beperkingen in het dossier terecht, omdat sommige toepassingen niet als zodanig gekwalificeerd worden. Ook blijken sommige respondenten niet op de hoogte van de procedure die de instelling op dit terrein hanteert, hetgeen eveneens met zich mee zou kunnen brengen dat niet alle vrijheidsbeperkingen in het zorgdossier worden opgenomen.

*'Bedrekken worden niet geregistreerd, dat die omhoog gaan. Maar volgens mij Zweedse banden en zo, daar moet een melding van gemaakt worden. Maar kijk dat komt zo weinig voor, dat doe ik haast nooit. Ik weet dat er een melding van gemaakt moet worden, maar hoe je dat moet spelen, dat zou ik niet weten. Dat moet ik vragen aan mijn leidinggevende.'* (verpleegkundige thuiszorg).

Van een centrale registratie is bij geen van de thuiszorginstellingen sprake.

Bij thuiszorginstellingen meldt 80,6% nooit een toepassing van vrijheidsbeperkingen aan de inspectie (n=31). 16,1% doet het altijd en 3,2% af en toe.

Het melden van vrijheidsbeperking aan de inspectie vindt bij één van de bezochte thuiszorgorganisaties plaats. Eén organisatie wilde wel melden, maar heeft van de Inspectie te horen gekregen dat deze niet op de hoogte wil worden gesteld van toepassingen van vrijheidsbeperkingen die buiten de Wet Bopz vallen. Ook de instelling die wel meldt heeft een reactie van de inspectie gekregen op de richtlijn die door de instelling was opgesteld en waarin wordt aangegeven dat toepassingen van vrijheidsbeperkingen aan de inspectie moeten worden gemeld. De inspectie geeft in de reactie aan enerzijds aan dat het toepassen van een vrijheidsbeperkende interventie in de thuiszorg als calamiteit aan haar gemeld moet worden. Anderzijds geeft zij aan dat het beleid van de inspectie is om dergelijke 'onwettige praktijken' niet gemeld te willen krijgen. Instellingen moeten hun handelen wel intern goed registreren.

#### 6.8.1.3 Woonzorgcomplexen

88,4% van de woonzorgcomplexen legt de toepassing van vrijheidsbeperkingen altijd vast (n=43) en 11,6% registreert het meestal. 76,7% registreert in het zorgdossier, 72,1% in het zorgplan, 18,6% in een centraal register en 14,0% elders.

In alle bezochte woonzorgcomplexen wordt eveneens overal op enigerlei wijze het gebruik van vrijheidsbeperkingen vastgelegd, althans dat is de bedoeling. Twee van de vier instellingen hebben hier een apart formulier voor. In één van die instellingen zijn verzorgenden wel op de hoogte van het bestaan van een registratieformulier, maar ze gebruiken het niet.

*'Voor toepassingen van vrijheidsbeperkingen, met medicatie en zo, of een bedhek of een deurbel, ja volgens mij is daar ook een formuliertje voor, ja, dat wordt allemaal opgeschreven, maar op zich weet ik dat niet echt precies. Ja, we schrijven het altijd gewoon op dat formuliertje gebruiken we eigenlijk niet. Ik denk dat we het hier met beschermende maatregelen niet echt zo nou nemen.'*

(zorgcoördinator woonzorgcomplex)

De zorgmanager van diezelfde instelling geeft echter een andere lezing:

*'Wij gebruiken ook het registratieformulier, dat doen we dan wel hoor. Daar staat dan ook in: wat heb je toegepast, wanneer, met welke reden, zijn er ook nog bepaalde punten waar je op moet letten gedurende de tijd dat de beperking is toegepast, en is de familie op de hoogte, is de huisarts op de hoogte en de evaluatiedatum.'* (zorgmanager woonzorgcomplex).

De overige twee woonzorgcomplexen noteren toepassingen van vrijheidsbeperkingen in het zorgdossier.

Een centrale registratie wordt bij één van de woonzorgcomplexen met een registratieformulier bijgehouden. Alle formulieren worden hier in het dossier vastgelegd, maar een kopie ervan gaat ook naar de directeur. Deze zamelt echter uitsluitend de formulieren in. Er is geen kwaliteitssysteem ontwikkeld met betrekking tot de registratie van vrijheidsbeperkingen.

Door woonzorgcomplexen worden vaker toepassingen van vrijheidsbeperkingen aan de inspectie gemeld dan door andere zorgaanbieders. 33,1% meldt altijd (n=33) en 6,1% af en toe. 60,6% zegt nooit te melden.

Geen van de bezochte woonzorgcomplexen meldt toepassingen van vrijheidsbeperkingen aan de inspectie. Ze zijn er alle van op de hoogte dat de Wet Bopz niet van toepassing is en dat melding van vrijheidsbeperkingen derhalve niet geïndiceerd is. Een zorgmanager van één van de complexen geeft aan dat vrijheidsbeperkingen bij een bezoek van de inspectie wel aan de orde komen.

*'Wij doen geen melding aan de inspectie. De inspectie kan bij ons wel komen kijken, controleren en zonodig vragen stellen, zo werkt het toch. Vrijheidsbeperkingen worden dan gewoon hier besproken.'* (zorgmanager woonzorgcomplex)

#### **6.8.1.4 Kleinschalige woonvoorzieningen**

94,1% van de kleinschalige woonvoorzieningen die vrijheidsbeperkende maatregelen toepassen registreert altijd (n=17) en 5,9% registreert meestal. Als er geregistreerd wordt gebeurt dit in het zorgplan (88,2%) of in het zorgdossier (64,7%). 11,8% heeft een centraal register en 17,6% registreert daarnaast nog elders.

Van de kleinschalige woonvoorzieningen meldt 86,7% nooit, en 13,3% altijd (n=15).

In de bezochte kleinschalige woonvoorziening worden toepassingen van vrijheidsbeperkingen opgenomen in het zorgplan. Dit wordt ondertekend en een kopie daarvan gaat in het zorgdossier. Als er een vrijheidsbeperking wordt toegepast, wordt ook een registratieformulier ingevuld:

*'Als iemand op een plankstoel zou moeten zitten, dan doe je dat ook in goed overleg en je tekent dan ook de formulieren, dat wordt door de verpleeghuisarts afgetekend. De registratie moet gewoon kloppend zijn. Een kopie daarvan gaat ook in het zorgdossier, we maken er melding van en we gaan met familie kijken van: zou het beter zijn voor iemand als hij voor zijn rust even een uurtje tijdens de lunch niet op een gewone stoel komt te zitten, maar even op een plankstoel, zodat hij rustig zijn broodje op kan eten, zodat hij ook even gewoon rust moet nemen. En de verzorger observeert dan ook gewoon hoe dat gaat.'* (manager KWV)

De verzorgende die werd geïnterviewd was van deze registratie echter niet op de hoogte.

De voorziening heeft nog geen centrale registratie, maar is dermate kleinschalig dat men wel een overzicht heeft van het aantal toepassingen van vrijheidsbeperkingen.

Contacten over toepassingen van vrijheidsbeperkingen met de inspectie zijn er niet. Wel is regelmatig overleg gevoerd over de wenselijkheid van een Bopz-aanmerking, maar de zorgvoorziening voldoet volgens de Inspectie niet aan de criteria daarvoor. Voor de instelling is dit een bron van frustratie, want men wil die aanmerking eigenlijk wel hebben. De zorgverleners zijn van mening dat de wijze waarop gewerkt wordt de kwaliteit van zorg juist ten goede komt, waardoor het eigenlijk vreemd is dat men wordt achtergesteld ten opzichte van verpleeghuizen.

#### 6.8.1.5 Huisartsen

Van de huisartsen die vrijheidsbeperkende maatregelen toepassen, leggen de meeste dit meestal ook vast. (38,5%; n=26). 23,1% registreert altijd en 19,2% doet het meestal niet, of heeft in het geheel geen registratie. (11,5%) Als er geregistreerd wordt doet 80% dit in het zorgdossier en 35% in het zorgplan. 5% zegt een centraal register te hebben en 20% registreert elders.

De huisartsen die geïnterviewd zijn houden er geen van allen een speciale registratie op na om toepassingen van vrijheidsbeperkingen vast te leggen.

Twee huisartsen melden altijd toepassingen van vrijheidsbeperkingen aan de inspectie (n=22; 9,1%). De overigen doen dit nooit. Geen van de geïnterviewde artsen heeft ooit contact gehad met de inspectie over toepassingen van vrijheidsbeperkingen.

#### 6.8.1.6 Ziekenhuisafdelingen

65,5% van de ziekenhuisafdelingen legt toepassingen van vrijheidsbeperkingen altijd vast. 20,2% doet dit meestal, 83% doet het soms en 5,4% heeft geen registratie. (n=168) Registraties vinden ook bij de ziekenhuisafdelingen meestal plaats in het zorgdossier. 51,3% gebruikt daarvoor het zorgplan en 13,1% registreert het elders. 1,3% van de ziekenhuisafdelingen heeft een centraal register.

Ook in alle ziekenhuizen die in het kader van het kwalitatieve onderzoek werden bezocht wordt de toepassing van vrijheidsbeperkingen op enigerlei wijze vastgelegd, al speelt ook hier dat op verschillende plaatsen 'lichtere' vormen van vrijheidsbeperkingen niet geregistreerd worden.

*'Maar dat moet ik ook even zeggen, de bedhekken en zo. Dat registreren we dus niet. Alarmmatjes ook niet. En die worden veel gebruikt hier. Dus de registratie is gericht op echt ingrijpende maatregelen. Echt vastleggen, echt injecteren.'* (centrummanager ziekenhuis))

Drie ziekenhuizen hanteren een formulier om vrijheidsbeperkingen te registreren, dat wordt opgenomen in het zorgdossier. Uit de interviews van tenminste twee ziekenhuizen komt duidelijk naar voren dat niet alle respondenten op de hoogte zijn van de registratieprocedure.

*'De toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen wordt niet geregistreerd, althans niet centraal en ook niet over het algemeen het dossier van de patiënt. Ik vind eigenlijk dat het een vast onderdeel zou moeten worden van het verpleegkundig dossier, en al dan niet elektronisch bijgehouden, waarbij gewoon per 24 uur wordt bekeken of die verpleegkundige uitvoering van die vrijheidsbeperkende handeling nog noodzakelijk is.'* (internist ziekenhuis) [De afdeling beschikt over een registratieformulier dat in het patiëntendossier wordt opgenomen, volgens de overige respondenten van diezelfde afdeling LA]

Ook blijkt dat in enkele ziekenhuizen toepassingen van vrijheidsbeperkingen op verschillende afdelingen op een andere manier worden vastgelegd, terwijl het protocol ziekenhuisbreed is ingevoerd. Een aantal respondenten vermeldt in het verpleegkundig dossier dat er vrijheidsbeperkingen zijn toegepast; anderen doen dit in het medisch dossier. Het voorgeschreven registratieformulier wordt dan niet gebruikt.

Ziekenhuisafdelingen hebben van alle zorgaanbieders het minst vaak contact met de inspectie over toepassingen van vrijheidsbeperkingen. 91,8% meldt nooit vrijheidsbeperkende maatregelen. 2,1% doet het af en toe en 4,8% doet het altijd (n=146).

Geen van de bezochte ziekenhuisafdelingen meldt toepassingen van vrijheidsbeperkende maatregelen aan de inspectie. De meeste respondenten zijn zich ervan bewust dat zij niet onder de Wet Bopz vallen, al vinden sommigen dit wel merkwaardig.

*'Eigenlijk is het wel onduidelijk: de maatregelen die in de Bopz worden toegepast, zijn eigenlijk dezelfde als deze. Die van de Bopz moeten gemeld worden aan de Inspectie, terwijl dat voor algemene ziekenhuizen niet geldt. Op zich is dat natuurlijk vreemd eigenlijk.'* (verpleegkundige geriatrie)

ziekenhuis)

Ook bij de ziekenhuizen geeft een respondent aan:

*‘De Wet Bopz geldt hier niet, dus ja, je kunt het wel melden, maar ze accepteren die melding toch niet.’ (verpleegkundige specialist ziekenhuis)*

Een specialistisch verpleegkundige geeft aan dat wanneer naar aanleiding van een vrijheidsbeperking iets misgaat dit wel als calamiteit bij de directie wordt neergelegd, waarna het hun verantwoordelijkheid is om dit al dan niet aan de inspectie door te geven.

#### **6.8.1.7 Conclusie**

Weinig zorgaanbieders hebben een centraal registratiesysteem voor toepassingen vrijheidsbeperkingen, met als gevolg dat er nauwelijks een overzicht is van het aantal toepassingen van vrijheidsbeperkende maatregelen dat voorkomt. Daar komt bij dat niet altijd even helder is wat als vrijheidsbeperkende maatregel moet worden beschouwd, hetgeen het overzicht evenmin bevordert. Op dit punt laten de verschillende onderzochte zorgaanbieders die zorg verlenen aan psychogeriatrische patiënten een zelfde beeld zien. Een systematisch beleid om vrijheidsbeperkingen zoveel mogelijk te voorkomen is er dan bij de meeste zorgaanbieders ook nog niet echt, ondanks het feit dat er wel soms andere instrumenten zoals protocollen zijn ontwikkeld en er naar gestreefd wordt vrijheidsbeperkingen als ultimum remedium toe te passen.

Veel zorgaanbieders leggen overigens toepassingen van vrijheidsbeperkingen wel vast in het zorgplan of in het zorgdossier, maar dit levert geen bijdrage aan het verkrijgen van meer inzicht in situaties waarin tot vrijheidsbeperkende maatregelen wordt overgegaan, en mogelijkheden om vrijheidsbeperkingen te voorkomen.

Het melden van toepassingen van vrijheidsbeperkingen aan de inspectie, doen sommige zorgverleners slechts incidenteel. Structureel wordt door maar weinig zorgaanbieders gemeld. Het meest komt dit voor bij woonzorgcomplexen. Veel zorgaanbieders zijn op de hoogte van het beleid dat de inspectie heeft om meldingen van vrijheidsbeperkende maatregelen op plaatsen waar de Wet Bopz niet van toepassing is niet te willen ontvangen. Of er contacten over vrijheidsbeperkingen met de inspectie zijn, lijkt daarom mede afhankelijk van de welwillendheid van de inspecteur met wie men te maken heeft om hierover van gedachten te wisselen.

### **6.9 Verantwoorde zorg**

De vraag of door de onderzochte instellingen feitelijk verantwoorde zorg wordt geleverd aan psychogeriatrische patiënten bij toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen kan door middel van dit onderzoek niet echt beantwoord worden. Bij deze studie gaat het veeleer om een beeld van de zorgvuldigheid van de procedures die met betrekking tot dit onderwerp worden gevolgd. Wel is aan de respondenten gevraagd hoe zij tegen de kwaliteit van zorg op het terrein van vrijheidsbeperkende maatregelen bij psychogeriatrische patiënten aankijken. Daarbij is onder meer gevraagd wat voor zorgverleners grenzen zijn in de zorg die zij zelf kunnen leveren en in welke gevallen wordt overgegaan tot overplaatsing van cliënten naar andere zorgvormen. Daarnaast is bekeken op welke wijze met scholing wordt omgegaan met betrekking tot de zorg voor psychogeriatrische cliënten in het algemeen en toepassing van vrijheidsbeperkingen in het bijzonder. Tot slot is gevraagd in hoeverre de respondenten en/of de instellingen specifieke informatie verstrekken over vrijheidsbeperkingen.

#### **6.9.1 Scholing**

Aan de respondenten is gevraagd in hoeverre zij enige vorm van scholing of begeleiding krijgen met betrekking tot de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen.

### 6.9.1.1 Thuiszorg

58,8% van de thuiszorginstellingen krijgt geen scholing en 39,2% wel. 2,0% krijgt scholing of begeleiding over vrijheidsbeperkingen als dit gevraagd wordt. (n=51).

In twee van de bezochte thuiszorgorganisaties wordt nog weinig aan scholing gedaan die gericht is op psychogeriatric. Eén van de twee onderneemt helemaal niets en in de ander zijn in het afgelopen jaar wel bijscholingscursussen geweest op het terrein van de psychiatrie. Verder kent deze organisatie de mogelijkheid van consultatie bij het RIAGG en bij gespecialiseerde verpleegkundigen binnen de eigen stichting.

Een derde organisatie heeft een bijscholingsprogramma waar medewerkers zich ieder jaar vrijwillig voor kunnen inschrijven. In dit programma wordt ook aandacht besteed aan psychogeriatric problematiek. Vrijheidsbeperkingen komen echter niet als speciaal onderwerp aan de orde.

*'In die bijscholing gaat het meer om de ziektebeelden en hoe om te gaan met iemand als deze die gedragskenmerken heeft. Wat we nu wel hebben gedaan is dat we aan alle managers hebben gevraagd of ze vrijheidsbeperkingen in hun team wilden bespreken. En meer om te inventariseren hoe vaak komt het nou eigenlijk voor, herkennen jullie dat. Maar als neven doel had dit ook dat mensen zich daar bewust van zijn, van dat het eigenlijk niet mag wat we daar doen.'* (stafmedewerker thuiszorg)

De vierde thuiszorgorganisatie geeft aanvullende verpleeghuiszorg thuis. Vanuit deze opzet is specifieke deskundigheid binnen de organisatie opgebouwd. Er zijn ook gespecialiseerde verpleegkundigen. Verder is er een handboek voor medewerkers.

*'Er is een handboek 'AVZ thuis' hè, aanvullende verpleeghuiszorg thuis, dat moet nog, omdat het allemaal nog maar net uit de projecten sfeer is, moet het ook nog voor wachtlijstservice gemaakt worden. Een soort werkboek voor de werkers waarin precies staat hoe komt iemand in zorg, wanneer komt iemand in zorg, op wat voor zorg heeft hij dan recht, hoe verloopt de communicatie tussen verpleeghuis en thuiszorg. Hoe gaat het in het kernteam, dus tussen de verpleeghuisarts en de casemanager. En eigenlijk kun je, het is bijna 1 op 1 ook op wachtlijstservice ..... Dus er staat behoorlijk wat op papier, maar het zijn producten die eigenlijk nog maar net op projectstatus ontgroeid zijn. En waarbij nu echt dingen op papier gezet gaan worden. Waar we ook echt georiënteerd en gepioneerd hebben met elkaar. Van hoe loopt dat nou. En het verandert nog steeds, want het verandert met de dag.* (zorgmanager thuiszorg)

Deze instelling is bezig met het ontwikkelen van een protocol voor vrijheidsbeperkende maatregelen en gaat de medewerkers hier ook in scholen.

### 6.9.1.2 Woonzorgcomplexen

Bij 54,5% van de woonzorgcomplexen krijgen zorgverleners scholing (n=55). Van de bezochte woonzorgcomplexen bieden twee van de vier cursussen op het terrein van psychogeriatric problematiek aan die medewerkers op vrijwillige basis kunnen volgen. Bij het vierde woonzorgcomplex is men bezig alle medewerkers hierop bij te scholen. Dat gebeurt vanuit het RIAGG. Verder worden de medewerkers ondersteund door specialistische verpleegkundigen die ook bij de organisatie werkzaam zijn. Bij één organisatie gebeurt dit vanuit het verpleeghuis waarmee men een samenwerkingsverband heeft.

Alle cursussen zijn gericht op het herkennen van de problematiek en er mee leren omgaan. Bij geen van de cursussen zijn vrijheidsbeperkingen een apart punt van aandacht.

Een vierde instelling heeft nog geen cursussen voor de medewerkers met betrekking tot psychogeriatric.

### 6.9.1.3 Kleinschalige woonvoorzieningen

Bij 45,5% van de kleinschalige woonvoorzieningen hebben de zorgverleners scholing genoten met betrekking tot de toepassing van vrijheidsbeperkingen. (n=22) in de bezochte voorziening



hebben de zorgverleners geen speciale opleiding gehad om in kleinschalige woonvoorzieningen te kunnen werken. Verzorgenden worden wel streng geselecteerd op ervaring. In het algemeen werken er wat oudere medewerkers, die reeds jarenlange ervaring hebben.

*'De meeste van mijn collega's zijn mensen die toch wel wat langer al in de zorg zitten en dus ook de ervaring ook hebben. Je moet hier echt van goeden huize komen, wil je hier echt kunnen functioneren en daar selecteren we natuurlijk ook op.'* (manager KWV)

De verzorgende die is geïnterviewd heeft een cursus bij het RIAGG over dementie gevolgd.

*'Ik heb een RIAGG cursus voor dementie gevolgd. Dat is echt heel goed. Wat je dan krijgt is bijvoorbeeld het omgaan met, hoe je ermee omgaat. Ook wel over de aandoeningen, maar niet zo dat je daar specifiek op doorgaat. Wel over de soorten van dementie en hoe je daarmee omgaat, want daar heb je het meeste aan. Beschermende maatregelen komen daar niet aan de orde. Dat is iets wat je later wel tegen komt als je iemand tegenkomt bij wie dat nodig geacht wordt. Dan zou je je er meer in verdiepen. En over de Wet Bopz heb ik wel geleerd in een volgende opleiding. Ik heb een opleiding Verzorgende Geriatrie gedaan en daar is dat wel aan de orde geweest. Je leerde daar wat die wet inhoudt. Maar niet precies hoe en wanneer je moet handelen. Ik vind dat ook niet nodig. Kijk, het doet zich voor en dan ga je daar met z'n allen over praten. Om daarvoor in opleiding te gaan, nee. Je weet dat het bestaat en waar het voor is. Zoals wij hier in deze instelling weten dat we daar heel voorzichtig mee om moeten gaan. Ik heb dat dus niet zo gemist.'* (verzorgende KWZ)

De instelling zelf besteedt er veel aandacht aan om de zorgverleners te trainen, zo vertelt de manager.

*'Voor extra scholing hebben we onze zorgvisiedagen, waar de zorgvisie helemaal opnieuw uitgespit wordt. Maar ook aan de hand van casussen gaat de psycholoog aan de gang met de groepen. Ze krijgen lessen. En er zijn ook van die subgroepjes, waar ze de interviews delen met elkaar. Ja, we zijn heel actief. Intervisie wordt door de psycholoog gedaan. Die geeft ze twee keer per jaar zorgvisiedagen. Aan de hand van casussen laat hij collega's elkaar toetsen. Daarnaast hebben we eigenlijk een soort van intervisie, dat noemen we intercollegiaal overleg, dat gebeurt hier altijd 's morgens tussen 8.00 en 8.30 uur. En daar worden ook problemen die leven in huis besproken en je zit er ook bij als observator. Je komt dan ook met advies. Maar je probeert ze dan ook alles zelf op te laten lossen. Daar kunnen ze uiteindelijk ook van leren. De frequentie van dat soort gesprekken hangt natuurlijk ook van het team af. Elke dag hebben we sowieso intercollegiaal overleg. En als ik er niet ben zit mijn coördinator erbij. Dus elke dag is er wel een gelegenheid, 's morgens al.'* (manager KWV)

Voor de tegenwoordiger die geïnterviewd is het merkbaar dat medewerkers goed geschoold zijn.

*'Het gaat prima hier, heel anders dan in het particuliere huis waar mijn vader hiervoor zat. Dit zijn echt professionele mensen. Ze begeleiden en dat merk je meteen. Ze vinden het bijvoorbeeld niet erg dat bewoners onrustig zijn. Ze zijn gewoon tolerant, niet volgens der regels zoals in het particuliere huis. Op een speelse manier.'* (vertegenwoordiger KWV)

#### **6.9.1.4 Huisartsen**

14% van de huisartsen heeft scholing gehad met betrekking tot toepassing van vrijheidsbeperkingen (n=50). De geïnterviewde huisartsen hebben geen speciaal op psychogeriatrische patiënten gerichte scholing gedaan.

#### **6.9.1.5 Ziekenhuisafdelingen**

Bij 56,8% van de ziekenhuisafdelingen hebben medewerkers scholing gehad over vrijheidsbeperkende maatregelen, bij 41,6% is dit niet het geval en bij 1,6% krijgen medewerkers scholing of begeleiding indien dit gewenst wordt (n=185). Het minst gebeurt scholing bij de afdelingen cardiologie (47,1%) en het meest bij geriatrie (72,3%)

Op de afdelingen geriatrie in de bezochte ziekenhuizen hebben de meeste verpleegkundigen een speciale opleiding geriatrie gehad. In deze opleiding komt psychogeriatrische problematiek uitgebreid aan de orde. Ook vrijheidsbeperkingen zijn hierin een punt van aandacht. In de opleiding wordt de verpleegkundigen vooral geleerd hoe deze zoveel mogelijk kunnen worden vermeden, bijvoorbeeld door tips met betrekking tot bejegening en omgaan met agressie. Ook bij één van de bezochte afdelingen interne geneeskunde zijn meerdere geriatrisch gespecialiseerde verpleegkundigen. In alle ziekenhuizen wordt op de afdelingen waar meer op psychogeriatric geschoolde medewerkers zijn, aangegeven dat de kennis op andere afdelingen veel minder is en dat daardoor op deze plekken meer vrijheidsbeperkingen voorkomen.

*‘Vrijheidsbeperkingen bij psychogeriatrische patiënten komt op andere afdelingen vaker voor dan hier, omdat ze er minder tijd voor hebben en minder inzicht. Er is te weinig kennis daarvoor. (verpleegkundige afdeling klinische geriatrie ziekenhuis)*

Bij transferafdelingen hebben de medewerkers een vergelijkbaar opleidingsniveau als in verpleeghuizen. Op de overige afdelingen hebben de zorgverleners geen speciale training genoten met betrekking tot psychogeriatrische patiënten.

Bij alle zorgaanbieders wordt door verschillende respondenten aangegeven dat er minder vrijheidsbeperkingen worden toegepast als zorgverleners beter zijn getraind op het op een juiste wijze omgaan met psychogeriatrische cliënten.

*‘Niet alleen de hoeveelheid personeel is van belang, maar ook de deskundigheid van het personeel. Hoe moet je ermee omgaan. En op het moment dat je dat niet weet, grijp je denk ik makkelijker naar middelen die daar bij kunnen helpen.’ (neuroloog ziekenhuis)*

#### **6.9.1.6 Conclusie**

Volgens de enquête zijn bij bijna de helft van de zorgaanbieders de medewerkers op enigerlei wijze geschoold, of worden zij begeleid inzake toepassingen van vrijheidsbeperkingen. Kennis van zaken met betrekking tot het omgaan met psychogeriatrische patiënten en toepassingen van vrijheidsbeperkingen, kan ertoe bijdragen dat vrijheidsbeperkingen minder worden toegepast, zo wordt bij verschillende soorten zorgaanbieders door meerdere respondenten tijdens de interviews aangedragen. Ook in het kwantitatieve onderzoek lijkt daar enige aanwijzing voor te zijn, hoewel de zorgaanbieders zich moeilijk met elkaar laten vergelijken. De cliëntenpopulatie wisselt immers nogal. Ziekenhuisafdelingen laten zich daarentegen wel beter met elkaar vergelijken. Hier worden minder vrijheidsbeperkingen toegepast bij de afdelingen geriatrie, terwijl hier meer psychogeriatrische patiënten verblijven dan op andere afdelingen. Meer respondenten melden hier dat medewerkers speciale training hebben gehad met betrekking tot toepassingen van vrijheidsbeperkingen, terwijl uit de interviews ook blijkt dat in de opleiding voor geriatrisch verpleegkundigen aandacht wordt geschonken aan het voorkomen van vrijheidsbeperkingen. Dit alles lijkt erop te wijzen dat scholing een gunstig effect heeft op het terugdringen van vrijheidsbeperkingen. Met name een directe terugkoppeling op de werkvloer door middel van multidisciplinair overleg, intervisie- en supervisiegroepen, alsmede casusbesprekingen zijn instrumenten die een positieve bijdrage leveren aan meer kennis van zaken op dit terrein, zo komt uit verschillende interviews naar voren.

#### **6.9.2 Grenzen zorg en overplaatsing**

Belangrijk bij het nastreven van verantwoorde zorg is dat zorgverleners oog houden voor de grenzen van de zorg die binnen de eigen setting kan worden geleverd. Wanneer de eigen zorg tekortschiet bij cliënten, door de huisvesting, door te beperkte middelen, of door te weinig kennis, moeten deze tijdig worden overgeplaatst.

Zowel in de thuiszorg als bij woonzorgcomplexen geven respondenten unaniem aan als antwoord op de vraag wat als zorgvisie wordt gezien, dat men de cliënt zo lang mogelijk op de

eigen plek wil laten wonen. Overplaatsing is pas aan de orde als het volgens de respondenten 'echt niet meer gaat'.

#### 6.9.2.1 Thuiszorg

In de thuiszorg worden grenzen van de zorg bereikt als mantelzorg en/of de thuiszorg zelf de zorg niet meer aankunnen. Dit is zeker het geval als er gevaarlijke situaties ontstaan. Toepassingen van vrijheidsbeperkingen spelen daar een rol bij. Een verpleegkundige formuleert dit als volgt:

*'Op het moment dat een vrijheidsbeperkende maatregel zelf gevaar op gaat leveren, dan ga je heel duidelijk een grens over. Dus als iemand die alleen woont in een hoog-laag bed en in de Zweedse banden gelegd wordt, totdat de zuster de volgende dag komt, dan ga je heel duidelijk een grens over. Ik vind dat als je een vrijheidsbeperkende maatregel neemt dat er toezicht gehouden moet worden. Dan moet er dus in ieder geval iemand in huis zijn. En dat gaat al heel snel in, bijvoorbeeld bij een patiënt die met toestemming zijn hekken omhoog krijgt, moet er iemand in huis zijn, die die hekken omlaag kan doen, als er wat gebeurt. Ook bij zwaardere medicatie moet er toezicht zijn.'* (verpleegkundige thuiszorg)

De verpleegkundigen in de thuiszorg achten zich zelf mede verantwoordelijk om die grenzen vast te stellen en mantelzorgers er zonnodig op te wijzen dat hun familielid beter af is met opname in een verpleeg- of verzorgingshuis.

*'Je houdt natuurlijk ook voor ogen wat het beste is voor de cliënt. Het is voor de mantelzorger soms ook heel moeilijk om die stap te maken van hij of zij moet weg. En als jij daar een goed verhaal van kan maken, dan is dat vaak het laatste duwtje wat ze net even nodig hebben, want ja, het is natuurlijk niet niks als jij je partner op de lijst zet voor een verzorgings- of verpleeghuis.'* (verpleegkundige thuiszorg)

*Het verpleegkundige tuchtrecht, de Wet BIG, verbiedt ons om mee te werken aan onveilige situaties. Dan moet je dus als professional je medewerking opzeggen. Nou op het moment dat je dus een patiënt in de problemen brengt, of kan brengen, dan heb je een probleem volgens mij. Dan kun je daar op aangesproken worden. Stel je geeft stiekem dipiperon en de patiënt valt en het wordt echt toegeschreven aan dipiperon, dan kan je je voorstellen dat er een aanklacht tegen degene die het toedient komt.'* (beleidsmedewerker en verpleegkundige thuiszorg)

#### 6.9.2.2 Woonzorgcomplexen

Wanneer in woonzorgcomplexen de grenzen van de zorg worden bereikt, is sterk afhankelijk van de zorgproducten die men aanbiedt. Eén woonzorgcomplex kan zelfs verpleeghuiszorg geven, hetgeen met zich meebrengt dat cliënten in beginsel niet hoeven te worden overgeplaatst. Toch vinden zorgverleners de omstandigheden waarin de zorg aan cliënten wordt geboden, niet voor iedereen geschikt.

*'Ik denk zelf dat sommige mensen hier niet altijd geschikt zijn voor dit soort woonvormen. Het heeft geen meerwaarde meer als ze alleen maar zitten en helemaal niks meer van de omgeving hebben en ze overal mee geholpen moeten worden. (...) Je hebt weinig toezicht, want stel dat je mensen op de woning hier alleen laat, omdat je nog even wat andere dingen moet doen, dan kan je toch niet precies zien wat ze doen. In een verzorgingshuis heb je toch meer controle, omdat je er toch misschien wat meer langsloopt en zo en dat heb je met deze woningen minder, vind ik.'* (verpleegkundige woonzorgcomplex)

Toch berust het besluit om iemand over te plaatsen naar een verzorgingshuis of een verpleeghuis uitsluitend bij de familie. Ook het feit dat er vrijheidsbeperkingen moeten worden toegepast doet niets af aan het feit dat de keuze aan de familie wordt gelaten.

Niet alleen de aard van de zorgproducten is voorts relevant voor de vraag wanneer grenzen worden bereikt, maar ook de omstandigheden waaronder die worden aangeboden. Zo geven

verschillende instellingen aan dat de bouwkundige situatie en de hoeveelheid personeel die nodig is om iemand te verzorgen eveneens factoren kunnen zijn om iemand over te plaatsen. Hoewel het moment waarop besloten wordt om iemand over te plaatsen dus kan verschillen, is de aanleiding om dit te doen vaak hetzelfde. De redenen die genoemd worden zijn dwaalgedrag, of agressie van de cliënt of een te grote zorgbehoefte, die door de instelling niet kan worden geboden.

Tot slot is de zorgvisie van de instelling een factor die bepalend kan zijn om iemand (eerder) over te plaatsen.

*'Wij zetten de voeten niet vast. We zullen ze niet vastbinden, want dan zijn ze bij ons niet meer op de goede plek. Dan horen ze hier niet meer. Ik vind een bedhek omhoog, een stoel op de rem zetten, medicijnen eventueel verstoppen omdat ze een keer zeggen: ik wil ze niet hebben. Nou dan doen we ze door het eten. Dat is niet zo erg. Maar wij zijn niet met dat erge, dat we ze vastbinden of dat ze bijvoorbeeld een dag in de isoleercel moeten.'* (verzorgende woonzorgcomplex)

### 6.9.2.3 Kleinschalige woonvoorzieningen

Tijdens de interviews in de kleinschalige woonvoorziening komt naar voren dat zorg wordt geboden aan mensen die een verpleeghuisindicatie hebben. Ook hier is het streven om mensen tot aan hun dood zorg te verlenen. Toch worden grenzen van de zorg die verleend kan worden op twee manieren in de gaten gehouden. In de eerste plaats worden mensen geselecteerd alvorens ze worden toegelaten, en in de tweede plaats worden mensen toch overgeplaatst, als tijdens het verblijf duidelijk wordt dat de benodigde zorg binnen de eigen setting niet geboden kan worden. Overplaatsing gebeurt dan meestal naar een afdeling geriatrie van een psychiatrisch ziekenhuis.

*'De populatie hier is te vergelijken met een verpleeghuis. In een verpleeghuis komen ook vrijheidsbeperkende maatregelen voor, maar goed. 95% van het afwijkend gedrag van dementerende ouderen heeft te maken met de omgeving waarin iemand verkeert die dat gedrag oproept. Als je mensen gewoon behandelt, gewoon vrij laat, en op eigen wijze probeert in de rede te vallen: waarom doet u dat? Dan zijn ze net zo normaal als jij en ik. En 5% die doet ook gek. Zij kunnen echt lastig zijn. Dus het echte stukje gedragsproblematiek veroorzaakt door dementie komt eigenlijk niet voor. En als het voorkomt, het is er wel, dan kan je de persoon altijd afleiden, erop ingaan. Toch komt het wel eens voor dat mensen worden ons aangeboden en dat je er dan achter komt dat het toch teveel van het goede is en dat wij het niet aankunnen. We laten de mensen zichzelf zijn op hun eigen wijze. Ze krijgen maximale vrijheid. En als mensen met een gedragsproblematiek of psychiatrische stoornis een strak regime nodig hebben, dan kunnen wij dat per definitie niet bieden. Die mensen zie je dus ontspreiden hier. Die zitten hier ook niet op de goede plek en die moeten wij op een gegeven moment overplaatsen.* (directeur KWV)

*'De plaatsing werkt bij ons als volgt. Wij hebben een plaats over en geven dat door aan het zorgbemiddelingsbureau, wij krijgen een dossier toegestuurd. Waar wij op letten als we een dossier doorlezen is dat we kijken of iemand een zwaar psychiatrisch verleden heeft gehad. Het is niet fijn voor zowel de bewoner als verzorger dat iemand in het verkeerde bed terechtkomt. Het komt niet vaak voor dat we iemand weigeren. Maar wij hadden laatst hier een man opgenomen, die aanvankelijk nogal wat gedragsproblematiek vertoonde. Vervolgens ging het dermate beter dat we dachten dat gaat helemaal de goede kant op en opeens bleek er zelfs geen dementie meer te zijn. Die man is ook overgeplaatst naar een verzorgingshuis. Maar dat soort mensen die mogen dus niet meer komen. Alvorens iemand te selecteren kijken we sowieso allemaal naar het dossier. Dan vindt er nog een huisbezoek plaats. Vaak komen mensen ook bij ons terecht via een dagbehandeling. Je ontmoet ze en dan tast je al af. Dus dan heb je eigenlijk al een aardig goed beeld.'* (manager KWV)

### 6.9.2.4 Huisartsen

Voor huisartsen worden grenzen van de zorg thuis in het algemeen bereikt als de mantelzorg

het niet meer aankan. In dat geval wordt de indicatiecommissie ingeschakeld die het uiteindelijke oordeel geeft of iemand wordt overgeplaatst naar een intramurale instelling. Net als bij andere zorgvormen zijn aanleidingen onrust, dwaalgedrag en agressie.

#### **6.9.2.5 Ziekenhuisafdelingen**

Ook binnen ziekenhuizen komt het voor dat patiënten worden overgeplaatst. Het gaat dan om het verplaatsen van de ene afdeling naar de andere, meestal een afdeling psychiatrie of geriatrie, omdat hier meer kennis aanwezig is met betrekking tot de psychogeriatrische aandoening, en/of vanwege het feit dat de afdeling gesloten is.

*‘Als patiënten een zware depressie hebben, bijvoorbeeld een psychotische depressie komt bij ouderen wel eens voor, dan plaatsen we iemand over naar de chronische psychiatrie.’ (verpleegkundige interne geneeskunde ziekenhuis)*

*‘Op het moment dat ik een patiënt heb met een rechterlijke machtiging heb plaats ik die altijd over. Omdat ik een open afdeling heb. Tenzij de patiënt niet mobiel is. Daarnaast komt het af en toe voor dat er een patiënt is die wij zo vaak kwijt zijn dat we zeggen: er zullen bij deze patiënt aanzienlijke vrijheidsbeperkende maatregelen genomen moeten worden. Dan proberen we dat in overleg met de psychiater te doen. Maar door de beddennood is dit toch een probleem zowel voor mij als de psychiater. Dan ontstaat er vaak een onaangenaam spel waar de patiënt dan geplaatst moet worden.’ (internist ziekenhuis)*

Daarnaast wordt tijdens het verblijf in het ziekenhuis onderzocht, indien tekenen daartoe aanwezig zijn, in hoeverre de patiënt nog in staat is om thuis te verblijven na ontslag uit het ziekenhuis. Indien nodig wordt een procedure in gang gezet om iemand op te nemen in een verpleeghuis. Dit laatste is afhankelijk van de toestand van de patiënt en de mate waarin de zorg thuis op adequate wijze georganiseerd kan worden.

#### **6.9.2.6 Conclusie**

Bij alle zorgaanbieders blijkt uit de interviews dat zorgaanbieders een grens hebben in de zorg die men binnen de eigen setting nog verantwoord vindt. Als die grens bereikt wordt, worden cliënten overgeplaatst naar een plek waar de benodigde zorg wel geboden kan worden. Toch probeert men er alles aan te doen om mensen zo lang mogelijk binnen de eigen setting te houden, omdat dit in het belang van de cliënt wordt geacht. Het gevaar bestaat dan dat te lang geprobeerd wordt om dit te bewerkstelligen en cliënten daardoor te lang met vrijheidsbeperkingen worden geconfronteerd. Het verblijf bij de ‘lichtere’ zorgvorm heeft dan geen meerwaarde meer. Of men daar in het veld daadwerkelijk te ver in gaat is door middel van dit onderzoek niet echt vast te stellen. Sommige uitspraken van respondenten in de thuiszorg en woonzorgcomplexen lijken erop te wijzen dat het wel eens gebeurt.

Waar de grens binnen de eigen setting wordt gelegd, verschilt per zorgaanbieder en is afhankelijk van feitelijke omstandigheden, zoals de bouwkundige situatie, de deskundigheid en (over)belasting van de zorgverleners, de mate van toezicht die geboden kan worden en andere middelen die men ter beschikking heeft om (vrijheidsbeperkende) maatregelen te nemen. Daarnaast speelt de zorgvisie een rol: wat vindt men wel en wat vindt men niet geoorloofd in de eigen setting.

### **6.9.3 Informatieverstrekking**

#### **6.9.3.1 Thuiszorg**

In alle vier de bezochte thuiszorgorganisaties wordt door de respondenten aangegeven dat de cliënten en hun familie bij het aangaan van de zorgovereenkomst uitgebreid worden geïnformeerd over de zorg die vanuit de thuiszorg geboden wordt. Meestal krijgt men een map met

informatiefolder waarin alle relevante zaken staan vermeld. Ook klachtrecht is hierin een punt van aandacht. Daarnaast zijn de cliëntenraad, de regels rondom privacy de leveringsvoorwaarden, het zorgdossier en de ARBO-regels een punt van aandacht. Eén van de thuiszorgorganisaties heeft een brochure over psychogeriatric, waarin verwezen wordt naar een lotgenotencontact voor familieleden van psychogeriatric cliënten. In deze brochure worden vrijheidsbeperkingen niet besproken. De overige instellingen verstrekken niet speciaal op psychogeriatric cliënten gerichte informatie.

37,5% van de thuiszorginstellingen (n=48) beweert dat zij cliënten en hun vertegenwoordigers altijd informeren over de mogelijke toepassing van vrijheidsbeperkingen. 14,5% zegt dat zij dit niet standaard doen, maar wel als de noodzaak van vrijheidsbeperkende maatregelen zich voordoet. 16,7% zegt dat zij af en toe voorlichting geven over vrijheidsbeperkingen, 8,3% doet dit meestal en 12,5% doet het nooit. De overige instellingen stellen dat vrijheidsbeperkingen bij hun nooit voorkomen en dat daar dus ook geen informatie over hoeft te worden gegeven (10,4%).

### **6.9.3.2 woonzorgcomplexen**

In de vier woonzorgcomplexen krijgen de bewoners bij aanvang van de zorgovereenkomst een informatiemap of –brochures. Twee instellingen besteden daarbij ook aandacht aan het reglement dat gehanteerd wordt. Net als bij de thuiszorgorganisaties krijgen noch psychogeriatric cliënten noch vrijheidsbeperkingen speciale aandacht bij de informatieverstrekking. Wel heeft ook een van de woonzorgcomplexen een brochure voor een lotgenotencontact voor familie van psychogeriatric patiënten. Deze instelling geeft daarnaast aan dat de zorgbespreking die één keer in de drie maanden gehouden is een belangrijk informatiemoment is om op de cliënt gerichte informatie met betrekking tot de zorg te verstrekken. Hier kunnen vrijheidsbeperkende maatregelen aan de orde komen.

De vertegenwoordigers zijn in het algemeen tevreden over de informatie die vanuit de instelling wordt verstrekt. Eén is echter wat gematigder in het oordeel:

*‘Tja, af en toe is de informatieverstrekking wat minder, ja dat we wel eens wat moesten vragen van hoe zit dat nou. Dat ging erover dat ze ’s morgens wel eens te laat gehaald werd en dan sta je ineens op je achterste benen, van ja, hoe kan dat nou. Dan kwam ik hier wel eens om half twaalf en dan zat mijn moeder nog boven. Ze was dan niet uit bed gehaald.’ (vertegenwoordiger woonzorgcomplex)*

Ook bij de woonzorgcomplexen wordt door de meeste respondenten gesteld dat cliënten en vertegenwoordigers altijd over mogelijke toepassing van vrijheidsbeperkingen worden geïnformeerd. (57,1%; n=56). 14,3% doet het meestal, 7,1% doet het af en toe en 3,6% doet het nooit. 3,6% zegt dat cliënten en vertegenwoordigers niet standaard worden geïnformeerd, maar wel als de noodzaak van vrijheidsbeperkende maatregelen zich voordoet. 14,3% van de woonzorgcomplexen stelt dat vrijheidsbeperkende maatregelen bij hun niet voorkomen.

### **6.9.3.3 Kleinschalige woonvoorzieningen**

72,7% van de kleinschalige woonvoorzieningen licht cliënten en hun vertegenwoordigers altijd voor over de mogelijkheid van het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen en 4,5% doet dit meestal (n=22). De overige vijf instellingen (22,7%) stellen dat vrijheidsbeperkende maatregelen bij hen niet voorkomen en dat er dus ook geen noodzaak is om te informeren hierover.

Informatie aan en goed contact met familie en vertegenwoordigers van cliënten is een belangrijk punt van aandacht voor de respondenten van de kleinschalige woonvoorziening. Vooraf wordt aan familieleden uitgelegd waar de voorziening voor staat, wat er aan zorg geboden kan worden en wat er verwacht wordt van familieleden. De respondenten benadrukken dat informa-

tieverstreking een voortdurend proces is dat eigenlijk nooit ophoudt. Over vrijheidsbeperkende maatregelen wordt niet standaard geïnformeerd, maar als de noodzaak voor een toepassing zich voordoet, gebeurt dit wel altijd. Dit wordt ook bevestigd door het interview met de vertegenwoordiger.

#### 6.9.3.4 Huisartsen

Van de 46 huisartsen die de vraag over het informeren van patiënten en vertegenwoordigers hebben ingevuld stellen 13 artsen (38,3%) dat vrijheidsbeperkende maatregelen bij hen niet voorkomen. 23,9% informeert af en toe, 13,0% doet het meestal, en 17,4% zegt altijd te informeren over de mogelijke toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen. 13,0% informeert nooit en 4,3% doet het niet standaard, maar wel als de noodzaak van vrijheidsbeperkende maatregelen zich voordoet.

De geïnterviewde huisartsen zien voor zichzelf met betrekking tot informatieverstreking over en aan psychogeriatrische cliënten een speciale taak weggelegd. Een huisarts formuleert dit als volgt:

*'Het is eigenlijk een informatieoverdracht, van hoe ik tegen de patiënt aankijk, maar ook hoe anderen gekeken hebben naar de patiënt. Omdat het gezondheidssysteem zo ingedeeld is dat door elke instelling waar een patiënt komt, een brief gemaakt wordt die naar de huisarts gaat. Dus wij zijn ook een verzamelpunt van informatie. En die overdracht vindt ook plaats met toestemming. Ik vind het van belang om patiënten duidelijk te maken wat die informatie betekent.'* (huisarts)

#### 6.9.3.5 Ziekenhuisafdelingen

De meeste ziekenhuisafdelingen informeren hun patiënten en vertegenwoordigers altijd over de mogelijkheid van toepassingen van vrijheidsbeperkingen (43,9%; n=189). 27,3% doet dit meestal en 14,3% doet het af en toe. 7,9% van de ziekenhuisafdelingen zegt nooit te informeren en 6,3% doet het alleen als de noodzaak van het toepassen van vrijheidsbeperkingen zich voordoet.

In alle bezochte ziekenhuizen wordt de informatieverstreking ervaren als een gezamenlijke taak van artsen en verpleegkundigen. Dit kan soms problemen opleveren.

*'Soms is er gewoon miscommunicatie: dat de arts iets anders vertelt als wat de verpleegkundige vertelt, of vandaag vertellen we dit en morgen is dat weer achterhaald of aangepast.'* (hoofdverpleegkundige afdeling interne geneeskunde ziekenhuis)

In de ziekenhuizen maakt men veel gebruik van informatiebrochures. Een aantal ondervraagde afdelingen heeft een speciale afdelingsbrochure. Verschillende ziekenhuizen besteden in de algemene informatiebrochure ook aandacht aan klachtmogelijkheden. Ook in ziekenhuizen wordt in de brochures geen aandacht besteed aan vrijheidsbeperkende maatregelen. Eén ziekenhuis vermeldt in de afdelingsbrochure van de afdeling geriatrie wel dat de deur op slot kan zijn.

*'in onze informatieboekje staat dat de deur van onze afdeling op slot zit en dat er een code op zit zodat mensen er gewoon uit kunnen. Dus in die zin dat mensen waarvoor het niet bedoeld is, niet achter slot en grendel zitten.'* (verpleegkundige afdeling geriatrie)

#### 6.9.3.6 Conclusie

Het merendeel van de zorgaanbieders die hebben meegewerkt aan het kwantitatieve onderzoekers meldt dat cliënten en vertegenwoordigers altijd (43,5%; n=361) of meestal (19,7%) worden geïnformeerd over mogelijke toepassingen van vrijheidsbeperkingen. Uit geen van de interviews blijkt echter dat het informeren over vrijheidsbeperkingen een standaard item is, dat altijd wordt gedaan ongeacht de vraag of vrijheidsbeperkingen wel of niet worden toegepast. Het lijkt erop dat betreffende vraag in de enquête meer is opgevat in de zin van dat er wordt geïnformeerd als de noodzaak van vrijheidsbeperkingen zich voordoet. Zo bezien komen

uitkomsten van interviews en enquête meer met elkaar overeen.

Desondanks bestaat de indruk dat de informatieverstrekking over vrijheidsbeperkingen beter kan. Een aantal zorgaanbieders informeert er niet of maar weinig over. Daarnaast voelen geïnterviewde vertegenwoordigers zich niet deskundig genoeg om beslissingen te nemen over vrijheidsbeperkingen en laten het oordeel over de noodzaak aan zorgverleners over. Door te weinig kennis over alternatieven komt het vaker voor dat familie juist sneller dan zorgverleners dat ertoe wordt overgegaan om beschermende maatregelen met betrekking tot hun psychogeriatrisch familielid te nemen.

#### 6.9.4 Klachtenregelingen

Een sluitstuk van de bescherming van patiëntenrechten is de mogelijkheid om klachten in te kunnen dienen. Zeker wanneer vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast is het van belang dat deze mogelijkheid voor cliënten bestaat. Daarom is tijdens het kwantitatieve onderzoek aan de respondenten gevraagd of er een klachtenregeling is, waar cliënten of hun vertegenwoordigers met klachten voor vrijheidsbeperkende toepassingen terecht kunnen, en voorts of van die regeling ook gebruik wordt gemaakt. In onderstaande twee tabellen treft u de resultaten aan.

**Tabel 6-18 Zorgaanbieders met een klachtenregeling waar geklaagd kan worden over de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen; in procenten**

	N=	Geen klachtenregeling	Algemene klachtenregeling	Klachtenregeling voor vbm
KWV	21	9,5	71,4	19,0
WZC	57	7,0	84,2	8,8
Ziekenhuisafdelingen	189	2,6	94,7	2,6
Huisartsen	45	22,2	75,6	2,2
Thuiszorg	48	4,2	95,8	0
Totaal	360	6,4	89,4	4,2

Opvallend is dat een aanzienlijk aantal huisartsen in het geheel geen klachtenregeling heeft. Ook enkele kleinschalige woonvoorzieningen, woonzorgcomplexen en thuiszorginstellingen hebben er geen. Tijdens een van de interviews in de kleinschalige woonvoorziening blijkt dat hier de veronderstelling leeft dat de voorziening geen instelling is voor wie een plicht op grond van de wet klachtrecht bestaat om een klachtenregeling te hebben.

Daar staat tegenover dat verschillende zorgaanbieders een speciale klachtenregeling voor vrijheidsbeperkende maatregelen hebben. Mogelijk zijn deze zorgaanbieders aangesloten bij een instelling waar voor een of meerdere locaties een Bopz-aanmerking bestaat.

**Tabel 6-19 Mate waarin geklaagd wordt over vrijheidsbeperkende maatregelen; in procenten**

Zorgaanbieder	N=	Nooit geklaagd	Zelden geklaagd	Regelmatig geklaagd	Onbekend	Niet van toepassing
Ziekenhuisafdelingen	179	63,1	21,8	1,7	10,6	2,8
Thuiszorg	46	71,7	10,9	0	13,0	4,3
KWV	21	76,2	14,3	0	0	9,5
WZC	54	83,3	7,4	0	1,9	7,4
Huisartsen	45	68,9	4,4	0	4,4	22,2
Totaal	345	69,0	15,4	0,9	8,1	6,7



#### 6.9.4.1 Conclusie

Dit onderzoek laat evenals ander onderzoek zien (o.a. Legemaate, et al., 2002) dat over toepassingen van vrijheidsbeperkingen bij psychogeriatrische patiënten, maar ook overigens zelden of nooit geklaagd wordt en roept daarom opnieuw de vraag op of een klachtenregeling voor deze patiëntengroep wel voldoende waarborg biedt om de rechtspositie te beschermen. (Zie hierover ook Arends, 2004) Daarnaast wijst dit onderzoek erop dat nog steeds een aantal zorgaanbieders niet op de hoogte is van het feit dat zij een plicht hebben om een klachtenregeling te hebben en aangesloten zijn bij een klachtencommissie.

### 6.10 Nieuwe regelgeving?

Uit het kwantitatieve onderzoek komt naar voren dat een vijfde van de zorgaanbieders die zorg over psychogeriatrische patiënten vindt dat er behoefte is aan extra rechtsbescherming voor deze patiëntengroep. Bijna een derde heeft over dit onderwerp geen mening. Van de overige zorgaanbieders vindt 28,9% dat er geen behoefte is aan nieuwe regelgeving en 19,7% dat de huidige wet- en regelgeving voldoende bescherming biedt (19,7%). Van degenen die vinden dat er extra rechtsbescherming moet komen, is het overgrote deel de mening toegedaan dat brancheorganisaties protocollen, standaarden en richtlijnen zouden moeten ontwikkelen die deze rechtsbescherming kunnen bewerkstelligen (54,0%). 30,9% vindt dat op instellingsniveau meer maatregelen genomen zouden moeten worden, 26,6% is van mening Wet Bopz ook voor psychogeriatrische cliënten in de eigen setting moet gaan gelden en 16,5% denkt dat er een nieuwe wet moet komen.

#### 6.10.1.1 Thuiszorg

Van de thuiszorginstellingen die aan dit onderzoek hebben meegewerkt vindt ruim een derde dat er behoefte is aan extra rechtsbescherming voor psychogeriatrische patiënten (36,7%; n=49). Een bijna even groot gedeelte heeft hier geen mening over (34,7%) 14,3% vindt nieuwe regelgeving in het geheel niet nodig en 14,3% vindt dat de huidige wet- en regelgeving voldoende bescherming biedt.

Uit de interviews met zorgverleners uit de thuiszorg blijkt dat er behoefte is aan meer houvast in wettelijke regelingen. Hoewel men van de huidige wettelijke kaders niet altijd op de hoogte is, blijkt wel dat de meesten het idee hebben dat vrijheidsbeperkingen, zoals die worden toegepast in de eigen setting niet zijn toegestaan, terwijl ze soms wel noodzakelijk zijn.

*‘Voor het toepassen van vrijheidsbeperkingen in de thuiszorg is natuurlijk niets geregeld. Maar het zou mooi zijn als er enige regelgeving zou zijn. Je hebt toch steeds meer mensen die niet geplaatst kunnen worden in een intramurale setting en er moet ook steeds meer thuis gedaan worden. Dus nu kom je vanzelf ook steeds meer met dit soort problemen in aanraking. Want we willen allemaal graag zo lang mogelijk thuis wonen, dus je moet eigenlijk thuis ook een heleboel kunnen bieden.’  
(teammanager thuiszorg)*

*‘Wettelijk gezien staan we in drijfzand als we dat soort dingen doen. Waarbij je dan ziet dat in andere thuiszorginstellingen en bij ons dus ook, dat je dan op casusniveau besluiten neemt. Dat je dan afwegingen gaat maken van wat je wel en wat je niet doet. En op die manier bepaal je dan natuurlijk hoe je daar binnen je organisatie met dit soort zaken omgaat. En dan zie je dat wet en praktijk verschrikkelijk met elkaar gaan botsen of in ieder geval achter elkaar aan gaan lopen. Wetten lopen natuurlijk altijd achter de praktijk aan. Maar op een gegeven moment kom je er hier soms achter: we moeten wat. Je kan de patiënt niet dood laten vallen, of noem maar op, dus neem je voor je gevoel de beste oplossing en maak je goede afwegingen. Dus ja een nieuwe wettelijke regeling zou zeer wenselijk zijn.’ (verpleegkundige thuiszorg)*

### 6.10.1.2 Woonzorgcomplexen

Opvallend is dat bij woonzorgcomplexen de kennis van de wettelijke kaders onder veel medewerkers in vergelijking tot respondenten in de thuiszorg minder is. Veel respondenten zeggen dan ook niet te weten of een nieuw wettelijk kader noodzakelijk is, of hebben het idee dat de bescherming voor psychogeriatrische patiënten onder de huidige wetgeving voldoende is. Daarbij hebben respondenten het idee dat vrijheidsbeperkingen slechts terughoudend mogen worden toegepast.

*‘Ja, ik vind dat het hier wel goed geregeld is. Ik denk dat het heel belangrijk is dat er in ieder geval overleg is, dat we het goed opschrijven en melden. Niet dat iemand zomaar in een Zweedse band terecht kan komen, dat zou heel erg zijn natuurlijk.’ (leerlingverpleegkundige woonzorgcomplex)*

*‘Ik vind dat de wettelijke regeling voor ons voldoet. Vooral omdat de insteek ook het meest is dat mensen [cliënten – LA] eigenlijk moeten kunnen doen wat ze willen en alleen in uiterste nood ga je wat anders doen.’ (zorgmanager woonzorgcomplex)*

*‘Ik weet niet of de huidige regels voldoende zijn. Daar ben ik nog niet echt mee bezig. Vroeger, dat weet ik ook, vroeger was het veel gemakkelijker: nou we zetten hem maar vast en we doen de benen vast en dat soort dingen. Ik vind dat heel moeilijk. Wij zetten de voeten niet vast. We zullen ze niet vastbinden, want dan zijn ze bij ons niet meer op de goede plek. Dan horen ze hier niet meer. Ik vind een bedhek omhoog, een stoel op de rem zetten, medicijnen eventueel verstoppert omdat ze een keer zeggen ik wil ze niet hebben – nou, dan doen we ze door het eten. Dat is niet zo erg. Wel vind ik dat je dat soms te automatisch doet, terwijl het eigenlijk niet mag. Maar dat is soms met zoveel dingen. Het mag niet automatisch gaan. Alles moet met gedachten. (verzorgende woonzorgcomplex)*

*‘Ik weet niet of de huidige wetgeving voldoende rechtsbescherming biedt aan psychogeriatrische bewoners. Ik ben niet heel erg op de hoogte van de regelgeving eerlijk gezegd. Niet dusdanig dat ik daar echt een goed antwoord op kan geven, denk ik. Of weet ik er meer vanaf dan ik zelf denk. Ja, ik weet bijvoorbeeld, je mag niet zo de deur op slot draaien en ja, allemaal van dat soort dingetjes. Ik weet wel dat dat inderdaad niet mag. En dat je dat ook niet zomaar mag doen, dat je wel eerst goed moet overwegen waarom je dat doet. En dat je dat dan ook goed besproken hebt, dat wel. (zorgcoördinator woonzorgcomplex)*

Het lijkt er dus op dat in de woonzorgcomplexen een praktijk heerst dat lichtere vormen van vrijheidsbeperkingen mogelijk zijn, mits dit op een verantwoorde en terughoudende wijze gebeurt. Ook leeft de veronderstelling dat het huidige wettelijke kader daartoe voldoende ruimte biedt.

Ambivalentie met betrekking tot een nieuwe wettelijke regeling blijkt ook uit de resultaten van het kwantitatieve onderzoek. 29,1% van de woonzorgcomplexen vindt extra rechtsbescherming noodzakelijk, 25,5% vindt van niet en 21,8% vindt dat de huidige wet- en regelgeving voldoende bescherming biedt. 23,6% heeft geen mening. Bijna de helft vindt nieuwe regelgeving dus eigenlijk niet nodig.

### 6.10.1.3 Kleinschalige woonvoorzieningen

Van de kleinschalige woonvoorzieningen vindt 36,4% nieuwe regelgeving noodzakelijk. 27,3% vindt dit niet nodig en 31,8% vindt dat de huidige wet- en regelgeving voldoende bescherming biedt. 4,5% van de instellingen heeft over dit onderwerp geen mening.

De directeur van de kleinschalige woonvoorziening die bezocht is, is van mening dat de doelstellingen van de Wet Bopz goed zijn en breed zouden moeten gelden.

*‘We hebben het allemaal druk en er is te weinig geld. Maar als we het ergens over hebben is het wel de Bopz. Het is lastig en ingewikkeld en is niet niks. Je moet er niet emotioneel over te zijn en zeggen dat mensen het toch allemaal niet weten. Maar als we daarmee beginnen, gooi ze dan*

*allemaal in een grote zaal. Het moet dus toepasbaar gemaakt worden op al die mensen waarvan formeel is vastgesteld dat zij eronder vallen. Dus dat je de situatie kan krijgen dat je maatregelen moet nemen. Het zijn geen beschermende maatregelen, maar vrijheidsbeperkende maatregelen. Want beschermen kan van alles en nog wat zijn. Vrijheidsbeperkende maatregelen en dat die toepasbaar zijn op iedereen die daarmee te maken zouden kunnen hebben. Maar je zou ermee kunnen wachten totdat het moment daar is. Dan zou 80% toch onder de Bopz vallen en daar moet je een erkenning voor hebben. Dat je dat in principe mag doen. En nog iets. Laat iedereen het netjes uitvoeren want driekwart voert het niet netjes uit. Ja, ik ben er heel strikt in, maar ik vind het een belangrijk onderwerp.’ (directeur KWV)*

*‘Ik ken de Bopz niet voldoende om te denken van: dat zou ik erin of eruit willen laten. Het allerbelangrijkste is dat er contentieus omgegaan moet worden met het zo lang mogelijk in stand proberen te houden van de menselijke vrijheid. En dat je er zoveel mogelijk moeite voor moet doen om ervoor te zorgen dat je mensen zolang mogelijk in hun eigen waarde laat. Ik heb zelf vroeger in de verpleging de tijd van de Zweedse banden gekend in het ziekenhuis, het vastbinden met verbandmiddelen aan bedrekken en ik vond het verschrikkelijk. Ook dat het werk voor de verzorgende niet alleen wat met de bewoner doet, met de patiënt doet, maar het doet zeer zeker ook wat met jou als verzorgende.’ (manager KWV)*

#### **6.10.1.4 Huisartsen**

Van de huisartsen die aan het kwantitatieve onderzoek hebben meegewerkt vindt slechts 6,0% dat extra rechtsbescherming voor psychogeriatrische patiënten noodzakelijk is (n=50). 30% vindt dit niet nodig en 14,0% vindt dat de huidige wet- en regelgeving voldoende bescherming biedt. De helft van de huisartsen heeft over dit onderwerp geen mening. Slechts dertien artsen hebben ingevuld waaruit extra rechtsbescherming zou moeten bestaan. Deze hebben de verschillende antwoordcategorieën ongeveer even vaak ingevuld.

De ondervraagde huisartsen zijn van mening dat de organisatie rondom vrijheidsbeperkingen zou kunnen worden verbeterd. Zij hebben het idee dat niet alle toepassingen bij psychogeriatrische patiënten bekend worden. Ook bestaat de indruk dat de huidige regelgeving hierover bij betrokken hulpverleners onvoldoende bekend is. Geen van de geïnterviewde huisartsen vindt echter dat de regelgeving zodanig moet worden aangepast, dat ze zelf meer betrokken zijn bij een beslissing tot een vrijheidsbeperking. Niet in alle gevallen hoeft dit volgens hen door een arts te worden bepaald. Ze zijn met name beducht op meer moeten registreren.

*‘Als ik naar mezelf kijk denk ik dat ik het heel goed doe. Maar of iedereen dat doet, dat is denk ik te bediscussiëren. Ja, ik doe het naar mijn eer en geweten. Voor een ander zal dat waardeloos zijn en weer een ander zegt, nou dat doe je best goed. Ja, zo zullen er nuanceverschillen zijn. En ik weet niet of het beter wordt door een strengere regelgeving waarbij je dingen noteert en fiatteert met handtekening, enzovoorts. Het blijven interpretaties naar mijn idee. Door de euthanasiewet zijn ze ook niet veel meer gaan melden, nou het soepeler is geworden. Ja, wat dat betreft is het moeilijk om de wet ook na te leven. Het is, als je je zoveel met paperassen bezig moet houden, zoveel de regelgeving naast je werk moet leggen om te kijken van valt dit nog binnen de wet of valt dit er nou niet binnen. Ja, dan wordt het haast onwerkbaar, naar mijn idee. Het gaat tenslotte over mensen.’ (huisarts)*

*‘De vraag is hoe ver wil je gaan om daar zicht op te krijgen, als er sprake van een vrijheidsbeperking waarvan je zegt daar moeten we toch zorgvuldig mee omgaan. Het gevolg is dan dat, als je zegt van ik wil er meer toezicht op hebben dat er dan meer administratie bij komt kijken. Handhaving. Dat is een volgende stap. Hoe pak je dat aan? Wat er nu gebeurt met de BOPZ gaat te ver, dat je iedere vrijheidsbeperking moet melden. Misschien moet je er naar toe dat je meer met jaarverslagen werkt. De kunst is om een wet te ontwerpen die niet te bureaucratisch is, maar waarmee je toch een zekere mate van rechtsbescherming kunt bewerkstelligen.’ (huisarts)*

#### 6.10.1.5 Ziekenhuisafdelingen

Van de ziekenhuisafdelingen vindt 18,3% dat er behoefte is aan extra rechtsbescherming voor psychogeriatrische patiënten (n=180). 33,9% vindt dat er geen behoefte is aan nieuwe regelgeving en 20,6% vindt dat de huidige wet- en regelgeving voldoende bescherming biedt. 27,2% heeft over dit onderwerp geen mening. Bijna een kwart van de ziekenhuisafdelingen die vinden dat er meer rechtsbescherming moet komen voor psychogeriatrische patiënten is van mening dat de reikwijdte van de Wet Bopz zou moeten worden uitgebreid naar ziekenhuizen, terwijl 8,5% van mening is dat er een nieuwe wet zou moeten komen. Daarnaast ziet de helft van de respondenten mogelijkheden voor verbetering door middel van protocollen van brancheorganisaties en maatregelen die de instelling kan nemen.

In de bezochte ziekenhuizen vinden alle respondenten dat aanvullende regelgeving wenselijk is, al vragen sommigen zich af of een protocol niet kan volstaan. Men vindt het vreemd dat de Wet Bopz in ziekenhuizen niet geldt, terwijl men dikwijls met dezelfde problematiek wordt geconfronteerd als in psychiatrische ziekenhuizen of op PAAZ-en. Nieuwe regelgeving, vergelijkbaar met de Wet Bopz, geeft meer houvast met betrekking tot wat geoorloofd is en geeft daarnaast ook de psychogeriatrische en andere patiënten meer bescherming. Respondenten denken dat de rechtsbescherming op andere plaatsen – andere afdelingen, andere ziekenhuizen – beter kan, maar vinden dat men op de eigen afdeling op een adequate manier met vrijheidsbeperkingen omgaat.

*'In ziekenhuizen wordt er toch wel eens wat aangerommeld. Als iemand beschermende maatregelen, een onrustband, heeft, dan is het gevaar dat iemand daar maar in blijft liggen, zonder dat het nog nodig is. Ik moet zeggen dat wij daar wel heel strak in zijn, maar ik vraag me af of dat overal zo is. Dat mag wat mij betreft allemaal nog wel wat verbeterd worden.'* (verpleegkundige afdeling geriatrie)

*'Ik denk dat als je puur kijkt naar deze patiëntencategorie en wel of niet toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen, dan denk ik dat de Wgbo tekortschiet. Dan zie ik toch liever een praktisch kader, zoals het nu wel geregeld is, als ik me niet vergis in de Bopz. Zodat als je dan al besluit om bij een patiënt vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen, binnen welk kader dat dan mag, zodat je juridisch zo gedekt bent alles goed overlegd is en dat als de patiënt geen toestemming kan geven, dat het dan geregeld is met de familie et cetera. Dat gebeurt natuurlijk ook wel in de Wgbo, maar hoe moet ik dat uitleggen. Ik kreeg toen het idee, toen we het kort daarover gehad hadden in die opleiding dat daar binnen de Bopz een veel strikter kader voor was afgesproken rondom die vrijheidsbeperkende maatregelen. En ik denk dat het goed is om dat niet alleen met die instellingen af te spreken, maar ook voor mensen die in een ziekenhuis worden opgenomen, een psychogeriatrische afdeling. Ik vind het prima als dat betekent dat er meer geregistreerd moet worden. Elke vorm van kwaliteitsverbetering is toe te juichen. Dus zeker deze patiëntencategorie valt daaronder. Als je als ziekenhuis streeft naar een breed kwaliteitssysteem – we worden straks weer geaccrediteerd – dan is het een onderdeel van je verpleegkundige zorg, dus ook een onderdeel van je kwaliteitszorg. En als je dit soort afspraken goed weet te regelen dan is het toch een must, denk ik. Het is een onderdeel van je totale zorg, dus waarom niet. Natuurlijk komt er administratie bij kijken, maar goed daar hebben we toch mee te maken. Wel kan ik me zo voorstellen, dat als je als ziekenhuis niet al werkt met zo'n groot opgezet kwaliteit bewakingssysteem, dan wordt er nogal wat gevergd. Maar wij werken al met zoiets. Dus het is een kwestie van toevoegen en er extra aandacht voor hebben.'* (afdelingshoofd interne geneeskunde ziekenhuis)

*'Transparantie vind ik ontzettend belangrijk. Wij moeten als verpleegkundigen ons handelen kunnen verantwoorden en liefst op een zo transparant mogelijke manier. Dat is goed voor de zorg, dat is goed voor het beroep, dat is goed voor de verpleegafdeling, dat is goed voor je risicoprocedure mocht die er voor komen en voor alles goed. Dus ik ben daar zeker voor. Maar ik vind wel dat je niet een gigantisch dichtgetimmerd systeem moet maken, zodat de handelingsmogelijkheden voor*

*de verpleegkundige en de procedures die daar dan allemaal omheen spelen belemmerend kunnen werken voor het leveren van goede kwaliteit in de bescherming. Iedere fixatiecasus is immers een unieke casus. Bij iedereen is het steeds weer anders. En ik denk zelf dat verpleegkundigen goed in staat zijn om inschattingen te kunnen maken, afwegingen te kunnen maken: wat doe je in deze situatie wel en wat doe je niet, en waarom niet en waarom wel.'* (stafmedewerker ziekenhuis)

#### **6.10.1.6 Conclusie**

Het antwoord op de vraag of nieuwe regelgeving met betrekking tot toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen bij psychogeriatrische patiënten, lijkt voor een groot deel afhankelijk te zijn van de mate waarin respondenten op de hoogte zijn van de huidige regelgeving. Hoe meer kennis van zaken op dit gebied, hoe eerder wordt aangegeven dat extra regelgeving noodzakelijk is. Daarbij bestaat een voorkeur voor informele regelingen, men heeft liever protocollen dan dat men te maken heeft met een wet. Voor een deel lijken gegeven antwoorden ook in te zijn gegeven uit een angst voor meer administratieve handelingen. Vooral bij huisartsen lijkt dit duidelijk naar voren te komen.

Voor de respondenten die vinden dat er iets op terrein van regelgeving moet wijzigen is het belangrijkste dat er meer duidelijkheid komt. Men heeft behoefte aan meer houvast hoe te handelen, als de noodzaak voor toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen zich voor-  
doet.

# 7

## Vrijheidsbeperkingen in de zorg aan mensen met een verstandelijke handicap

### 7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk volgt een rapportage van het veldonderzoek onder zorgaanbieders die zorg verlenen aan mensen met een verstandelijke handicap. Zowel de gegevens van de kwantitatieve, als de kwalitatieve onderzoeksfase zijn erin opgenomen. Dit hoofdstuk is op dezelfde wijze opgebouwd als hoofdstuk zes en per onderzoeksthema ingedeeld. Dit vergemakkelijkt een eventuele vergelijking. Per thema is steeds een onderverdeling gemaakt per onderzochte zorgaanbieder. Dit wordt met kopjes aangegeven. Iedere paragraaf wordt afgesloten met een conclusie. Voor degenen die op zoek zijn naar een wat globaler overzicht van iedere sector, volstaat het lezen van de conclusies bij de paragrafen.

Voor een overzicht van de thema's kunt u de inhoudsopgave raadplegen.

### 7.2 Profiel instellingen

#### 7.2.1 Kwantitatief onderzoek

De ziekenhuisafdelingen en thuiszorginstellingen die naast zorg aan psychogeriatrische patiënten ook aangeven dat zij zorg bieden aan verstandelijk gehandicapten, hebben voor deze groepen geen speciaal ontwikkelde zorgproducten. Gezinsvervangende tehuizen geven aan dat zij 24-uurszorg bieden. Verder wordt genoemd, ambulante begeleiding, logeren en tijdelijke opvang, dagbesteding, werk, en medische zorg. Uit de gegeven antwoorden blijkt dat de huizen niet meer uitsluitend binnenshuis zorg bieden, hetgeen ook tijdens de interviews naar voren is gekomen. De SPD's bieden ambulante ondersteuning, begeleiding, informatie en advies. Kinderdagverblijven noemen werk, tijdelijke opvang en logeren, verzorging, ambulante zorg, onderwijs, dagbesteding en begeleiding. Dagverblijven voor ouderen noemen dagbesteding, werk, dagopvang, educatieve vorming, verzorging, behandeling, begeleiding en ondersteuning, maar ook wonen en logeren. Ook uit deze antwoorden blijkt dat er een samenklontering van functies heeft plaatsgevonden. Kortverblijf/logeerhuizen ten slotte bieden dag en nachtopvang, crisisopvang, logeren, en overbruggingszorg. Een aantal van de instellingen meldt dat ze een Bopz-aanmerking hebben. Het betreft 12,5% van de instellingen die zorg bieden aan verstandelijk gehandicapten (n=384). Alle logeerhuizen geven dit aan, en verder wordt dit met name gesteld door dagverblijven voor ouderen (21,6%) en GVT's (15,0%). Mogelijk is de oorzaak hiervan het feit dat veel instellingen onderdeel vormen van een groter zorgconcern met een Bopz-aanmerking. Dit blijkt ook uit het feit dat door de meeste respondenten melden dat de instelling bestaat uit meerdere locaties. Slechts een klein gedeelte heeft er slechts één. Het

meest komt dit voor bij ziekenhuizen (47,6%; n=126). Voor de overige zorgaanbieders betreft het 34,4% (thuiszorg; n=32), 22,2% (SPD's; n=9); 11,8% (kinderdagverblijven; n=34), 9,1% (dagverblijven voor ouderen; n=33); en 7,0% (GVT's; n=43)

Zoals eerder werd beschreven zijn zorgaanbieders waarvan uit de verstrekte antwoorden duidelijk bleek dat het om Bopz-aangemerkte instellingen ging, niet meegenomen in de analyse.

Zorgaanbieders moesten ook invullen aan hoeveel verstandelijk gehandicapte cliënten zorg werd geboden. Deze vraag is relatief slecht beantwoord, zodat de percentages die hieruit komen niet erg betrouwbaar zijn en vooral gezien moeten worden als een ondergrens.

**Tabel 7-1 Aantal verstandelijk gehandicapte cliënten (in %)**

	N	1-9	10-29	30-99	>100	Totaal
Logeerhuizen	7	0,0	28,6	71,4	28,6	100,0
Dagverblijf ouderen	42	4,8	21,4	38,1	50,0	95,2
GVT	70	1,4	38,6	44,3	10,0	94,2
Kinderdagverblijf	51	2,0	5,9	78,4	5,9	94,1
SPD	10	0,0	0,0	0,0	80,0	80,0
Huisarts	50	34,0	20,0	8,0	2,0	66,0
Thuiszorg	53	13,2	3,8	7,5	1,9	26,1
Ziekenhuisafdelingen	195	13,8	2,1	1,0	0,5	17,4
Totaal	478	11,5	11,9	21,3	9,2	52,3

Zowel van ziekenhuisafdelingen, thuiszorginstellingen als huisartsen zegt een kleiner percentage verstandelijk gehandicapte dan psychogeriatrische cliënten te hebben. Verder is opmerkelijk dat bij de overige zorgaanbieders het percentage niet 100% is. Het feit dat dit overal vrijwel iets lager ligt, bevestigt dat de vraag waarschijnlijk niet goed is ingevuld en daarom slechts een ondergrens aangeeft.

De zorgaanbieders die zich niet uitsluitend met zorg aan verstandelijk gehandicapten bezighouden, hebben er in het merendeel van de gevallen minder dan tien. Drie ziekenhuisafdelingen, vier thuiszorginstellingen; en vier huisartsen hebben tussen dertig en honderd verstandelijk gehandicapte patiënten. Eén neurologieafdeling heeft er zelfs meer dan honderd, en één thuiszorginstelling en twee huisartsen meer dan tweehonderd.

Binnen de ziekenhuizen wordt het vaakst door orthopedie, interne geneeskunde en neurologie aangegeven dat er patiënten op de afdeling worden behandeld met een verstandelijke handicap.

5,0 % (n=478) van de zorgaanbieders geeft aan dat zorg verleend wordt aan verstandelijk gehandicapten met een art. 60 Bopz-indicatie. Het betreft voor het merendeel dagverblijven voor ouderen en voor kinderen. Uit de interviews blijkt dat hier vaak ook zorg verleend wordt aan mensen met een verstandelijke handicap die uit intramurale voorzieningen afkomstig zijn. Daarnaast zijn er ook vier GVT's; drie ziekenhuisafdelingen en één huisarts, die aangeven dat zij zorg verlenen aan mensen met een art. 60-indicatie. Voorts zijn er nog enkele voorzieningen die zorg bieden aan verstandelijk gehandicapten met een RM. Dit komt het meest voor bij GVT's (n=5), en bij kinderdagverblijven (4) en dagverblijven voor ouderen (3). Bij de laatste twee betreft het dan overigens meer cliënten. Ook twee huisartsen hebben één of twee verstandelijk gehandicapte patiënten met een RM. Geen van de zorgaanbieders heeft cliënten met een IBS. De belangrijkste reden voor de meeste zorgaanbieders om zorg te verlenen aan cliënten met een Bopz-status is het feit dat ze op een wachtlijst staan, of dat ook diensten aan deze groep verstandelijk gehandicapten geleverd worden.

Het merendeel van de zorgaanbieders die cliënten met een Bopz-status hebben zegt daar niet anders mee om te gaan dan met andere cliënten. Bij gezinsvervangende tehuizen en zieken-

huisafdelingen zeggen respondenten net zo vaak dat ze er niet anders mee omgaan, als dat dit wel wordt gedaan. Bij thuiszorginstellingen beweren meer respondenten dat de cliënten wel anders behandeld worden.

40,0% van de huisartsen (n=50) meldt dat zij patiënten met een verstandelijke handicap hebben die thuis verblijven. Het betreft dan meestal één tot vijf patiënten. 26,0% heeft patiënten die in een instelling verblijven. Van deze huisartsen gaat het meestal om één tot twintig patiënten, maar hebben er enkele ook meer dan honderd (2; n=13). Deze artsen hebben dan waarschijnlijk één of meer hele zorginstellingen onder hun hoede.

Een aantal vragen is gesteld teneinde te kunnen achterhalen welke zorgbehoefte de verstandelijk gehandicapte cliënten hebben. Met name de vraag hoeveel cliënten 24-uurstoezicht behoeven geeft hier inzicht in. 91,4% van de gezinsvervangende tehuizen (n=70), 33,3% van de dagverblijven voor ouderen (n=37), 22,0% van de huisartsen (n=50), 6,7% van de ziekenhuisafdelingen (n=195) en slechts één thuiszorginstelling (2,0%; n=50) heeft cliënten met een dergelijke zorgvraag. Daarnaast hebben alle logeerhuizen cliënten waarbij 24 uur toezicht noodzakelijk is (n=7).

## **7.2.2 Kwalitatief onderzoek**

Veel voorzieningen in de verstandelijk gehandicaptenzorg maken onderdeel uit van grote zorgconcerns die meerdere en dikwijls zelfs vrijwel alle zorgproducten in huis hebben, zoals thuiszorg, dagbehandeling, dagbesteding, kortverblijfhuizen/logeerhuizen, (semi-)zelfstandige woonvormen, gezinsvervangende tehuizen en intramurale voorzieningen. Een aantal doen ook aan begeleid zelfstandig wonen en bieden ondersteuning aan gastouders en gastgezinnen. De meeste bezochte zorgvoorzieningen ten behoeve van dit onderzoek behoren tot een zorgconcern. Enkele zijn echter zelfstandig.

Bij zeven zorgconcerns zijn interviews gehouden op centraal niveau. Bij enkele is zelfs uitsluitend centraal geïnterviewd. Hiervoor is gekozen om aanvullend ten opzichte van de zorgvoorzieningen die reeds bezocht waren op een snelle manier extra informatie te krijgen over de organisatie van de zorg en toepassingen van vrijheidsbeperkingen.

Van de zeven is er één relatief klein met ruim 300 cliënten. De overige hebben alle minimaal 1500 tot 3500 cliënten. Twee bieden zelfs zorg aan ruim 5.000 cliënten. Van sommige concerns hebben de voorzieningen een regionale spreiding, maar er zijn ook enkele met een meer landelijk karakter.

Het blijkt dat veel zorgconcerns inmiddels een centraal beleid hanteren met betrekking tot het toepassen van vrijheidsbeperkingen. In de volgende paragrafen wordt hier meer over uiteengezet. Bij de bespreking van de diverse onderwerpen zullen ook steeds de relevante punten die op centraal niveau naar voren zijn gebracht aan de orde komen.

In vijf gezinsvervangende tehuizen (GVT's) zijn interviews gehouden, waarvan twee in het noorden van het land, één in het westen, één in het zuiden en één in het midden van het land. Eén van de huizen is gelegen in een grotere stad, twee in kleine steden, en twee in dorpen. Vier GVT's maken deel uit van een groot zorgconcern, en één van een klein concern. De huizen hebben tien tot negentien bewoners. Drie organiseren vanuit de eigen zorgteams ook ambulante begeleiding.

Drie dagverblijven zijn bezocht, die alledrie deel uit maken van een groot zorgconcern. Zij omschrijven zich als dagbestedings- of arbeidsbestedingscentrum. Eén bevindt zich in een dorp in het noorden van het land, één op een industrieterrein in het midden van het land en één in een dorp in het zuiden van het land. Eén instelling biedt dagbesteding aan mensen met een lichte tot matige verstandelijke handicap. Een medewerker omschrijft het zorgaanbod als het bezighouden van cliënten met arbeid en zorg.



*'Dit staat in het teken van het volwaardig burgerschap. Dit houdt in dat wij verstandelijk gehandicapten als onderdeel van de samenleving beschouwen. Onze groep cliënten is niet heel zwaar verstandelijk gehandicapt, dus sommige deelnemers kunnen we leren om te gaan met hun tijd. Dit noemen we vorming. Daarnaast begeleiden we dus mensen die hun tijd besteden door allerlei werkzaamheden doen. Op dit moment gaat het om houtbewerking, kaarsen maken, textielbewerking. Maar ook huishoudelijke werkzaamheden kunnen hier onder begeleiding uitgevoerd worden.'* (coördinator dagbestedingscentrum)

Het tweede centrum omschrijft het niveau van de gehandicapten aan wie zorg wordt geboden als:

*'Mensen met een verstandelijke handicap die van onvoldoende niveau zijn of zodanig gedrag hebben dat ze niet in een sociale werkplaats kunnen werken'* (orthopedagoog dagbestedingscentrum)

Een aantal cliënten heeft naast een verstandelijke beperking ook gedragsproblematiek. Dit aantal zal volgens respondenten in de toekomst toenemen.

De bezigheden in dit centrum worden omschreven als industriële werkzaamheden. Ook worden er mailings verzorgd en er is een kantinegroep. In het centrum zijn vijf groepen van elk vijftien plaatsen. De groepen hebben een wisselende samenstelling, omdat niet alle cliënten dagelijks komen.

In het derde dagbestedingsverblijf gaat het eveneens om cliënten met een matig verstandelijke handicap. Hier bemensen de cliënten een drukkerij. Er zijn 12 plaatsen, en ook hier heeft de groep een wisselende samenstelling en hebben enkele cliënten gedragsproblematiek.

Er zijn twee logeerhuizen bezocht, een voor ouderen en een voor kinderen. Het logeerhuis voor volwassenen is gelegen in het midden van het land en is onderdeel van een groot zorgconcern. Het tehuis heeft vijftien plaatsen, bedoeld om mantelzorgers tijdelijk te ontlasten van hun taak. Het logeerhuis voor kinderen met een verstandelijke beperking waar interviews zijn afgenomen, maakt eveneens onderdeel uit van een groot zorgconcern in het zuiden van het land. Dit kortverblijfhuis omschrijft de doelstelling als tweeledig: 'ouders ontlasten en zorgen dat de logés een leuke tijd hebben.' Logeren kan voor een dag, een midweek, een hele week of een weekend. Er zijn tien plaatsen. Er wordt zorg geboden tijdens de avonduren, nacht en vroege ochtend. Overdag gaan de cliënten naar een dagbestedingscentrum.

De twee sociaal-pedagogische diensten (SPD's), niet aangesloten bij een groot zorgconcern, verlenen naar eigen zeggen zelf meestal geen directe zorg aan cliënten. Hun voornaamste taak is het verduidelijken van de zorgvraag van cliënten en het zoeken naar het juiste zorgtraject. Deze taak wordt uitgevoerd door zorgconsulenten. Wanneer dit gebeurd is wordt er, als er tenminste geen complicaties zijn tot drie maanden na plaatsing van een cliënt bij een bepaalde zorgvoorziening, bijvoorbeeld in een intramurale setting of bij een dagbestedingscentrum, aan directe begeleiding gedaan. Na twee tot drie jaar wordt een dossier dan definitief afgesloten. Beide diensten kunnen ook intensieve begeleiding leveren, hoewel dit volgens één van de respondenten na 1 januari 2003 ophoudt, omdat de SPD volgens hem na 1 januari 2004 geen geïndiceerde zorg meer mag leveren.

Naast zorgaanbieders die uitsluitend zorg bieden aan mensen met een verstandelijke beperking, hebben aan de interviews tevens zorgaanbieders meegewerkt die deze cliëntengroep niet tot specifieke doelgroep hebben, maar hun wel – meestal incidenteel – zorg verlenen. Het gaat om vier thuiszorgorganisaties, vier huisartsen en vijf ziekenhuizen. Deze zorgaanbieders zijn eveneens geïnterviewd in het kader van zorgverlening aan psychogeriatrische cliënten en zijn derhalve ook in het vorige hoofdstuk besproken.

In vier thuiszorginstellingen zijn interviews gehouden. Eén ervan houdt domicilie in het noorden van het land, één in het westen, één in het midden en één in het zuiden. Eén van deze instellingen

gen heeft het werkingsgebied in een rurale omgeving. De overige zijn gelegen in een kleine, een middelgrote en een grote stad. Geen van de instellingen heeft speciaal op verstandelijk gehandicapten gerichte zorgproducten, hoewel één instelling bezig is met de ontwikkeling van een soort aanvullende verpleeghuiszorg voor verstandelijk gehandicapten. Bij de deelnemende organisaties worden geregeld verstandelijk gehandicapten behandeld en volgens de deelnemende instellingen in toenemende mate.

*‘Je ziet steeds meer projecten ontstaan waarbij gehandicapten in een soort woonvorm, dat de ouders met hun PGB [persoonsgebonden budget – LA] voor hun ‘kinderen’ soms thuiszorg inkopen. Dus het komt steeds meer voor. Laatst was er nog iemand en de vroeg een PGB aan voor een kind met gedragsstoornissen, die dus voorheen altijd intern woonde. Daarbij zagen zij duidelijk het kind achteruitgaan en die wilden dus het kind nu met een PGB weer thuis laten verblijven.’*

Geen van de instellingen kan echter duidelijke cijfers geven.

Dikwijls is de zorg die verleend wordt zogeheten praktische thuiszorg. Dat wil zeggen dat er ondersteuning wordt verleend in de dagelijkse zorg als de mantelzorg in de drukste tijden van de dag het niet alleen afkan. Vaak is dit het geval bij minderjarige gehandicapten. Ook wordt bij sommige thuiszorgorganisaties zorg verleend in gezinsvervangende tehuizen. Dan gaat het om intensievere zorg, en verpleegkundige handelingen, zoals het toedienen van medicatie, en het geven van injecties.

De thuiszorg die door de zorgconcerns wordt aangeboden bestaat vaak meer uit het ondersteunen van het gezin van een verstandelijk gehandicapt kind. Het betreft dan vaak het leren omgaan met bijzondere situaties die de opvoeding van een verstandelijk gehandicapt kind met zich meebrengt. Incidenteel kan het voorkomen dat de zorg tijdelijk wordt overgenomen.

Van de vier geïnterviewde huisartsen uit het noorden, het oosten (2) en het zuiden van het land, heeft één op het moment slechts één verstandelijk gehandicapte patiënt. Twee hebben vijf tot tien patiënten. Bij de vierde zijn verstandelijk gehandicapten een specifieke doelgroep, omdat de huisartsenpraktijk waar deze bij is aangesloten, de huisartsgeneeskundige zorg verleent aan alle cliënten in de gemeente zijn aangesloten bij de extramurale voorzieningen van een groot zorgconcern. Deze arts komt bij socio-woningen, begeleid zelfstandige woonprojecten en gezinsvervangende tehuizen. Ook omvat de praktijk enkele verstandelijk gehandicapten die bij hun ouders verblijven. Alle vier huisartsen zijn werkzaam in kleine tot middelgrote plaatsen.

Aan het onderzoek doen vijf algemene ziekenhuizen mee, waaronder één academisch. De instellingen bevinden zich in het noorden, het westen, het midden en twee in het zuiden. Omdat psychogeriatrische patiënten ook deel uitmaken van dit onderzoek is in deze ziekenhuizen, indien aanwezig, in ieder geval de afdeling (klinische) geriatrie bevraagd. Dat is bij drie ziekenhuizen het geval. Voor verstandelijk gehandicapten geldt niet dat zij op een bepaalde afdeling een structurele doelgroep vormen. Daarom is voor hen niet naar speciale afdelingen gekeken, maar zijn die afdelingen bezocht waar volgens de contactpersonen in het algemeen de meeste vrijheidsbeperkingen voorkwamen. Het gaat om de afdelingen interne geneeskunde, cardiologie, longziekten en neurologie. bezocht. De afdelingen zijn bevraagd op toepassingen van vrijheidsbeperkingen bij psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten. Alle respondenten benadrukken tijdens de interviews dat het toepassen van vrijheidsbeperkingen in ziekenhuizen een veelvuldig voorkomend probleem is, en lang niet uitsluitend bij deze patiëntencategorieën plaatsvindt. Tijdens de interviews is gebleken dat bij alle bezochte afdelingen incidenteel verstandelijk gehandicapten verblijven. Geen van de ondervraagde respondenten kon echter cijfers geven.

Het beleid met betrekking tot het toepassen van vrijheidsbeperkingen op de ziekenhuisafdelingen verschilt niet van de behandeling van psychogeriatrische patiënten. Dit geldt overigens ook voor de overige zorgaanbieders die aan beide cliëntengroepen zorg verlenen. Om beide hoofdstukken onafhankelijk van elkaar te kunnen lezen, is ervoor gekozen om in dit hoofdstuk ook steeds een verkorte weergave te doen van de werkwijze en ervaringen van deze zorgaanbieders die in het vorige hoofdstuk zijn beschreven. Specifieke vermeldingen met betrekking tot verstandelijk gehandicapten zijn uiteraard eveneens in dit hoofdstuk opgenomen.

verstandelijk gehandicapten zijn uiteraard eveneens in dit hoofdstuk opgenomen.

### 7.3 Wilsonbekwaamheid en vertegenwoordiging

Wanneer zorgbeslissingen genomen worden, en toepassingen van vrijheidsbeperkingen in het bijzonder, is het van belang dat patiënten daar conform hun zelfbeschikkingsrecht zelf over kunnen beslissen. Het ontnemen van die beslissingsbevoegdheid is al een beperking op zichzelf. Daarom dient een zorgverlener weloverwogen tot de conclusie te komen dat iemand niet meer in staat is tot een redelijke belangenafweging ter zake. Daarnaast dient er een goede vertegenwoordigersregeling te zijn, om zodoende tot een zorgvuldige vervangende beslissing ten behoeve van de patiënt te komen. Zeker ten behoeve van verstandelijk gehandicapten en psychogeriatrische patiënten is dit belangrijk, omdat wilsonbekwaamheid ten aanzien van bepaalde zorgbeslissingen bij deze cliëntengroepen een structureel probleem kan zijn. In deze paragraaf wordt belicht hoe het veld omgaat met beide aspecten. Allereerst komt de wilsonbekwaamheid aan de orde, waarna onder 7.3.2 wordt ingegaan op de vertegenwoordiging. De paragraaf wordt afgesloten met een conclusie.

#### 7.3.1 Wilsonbekwaamheid

##### 7.3.1.1 Algemeen

Geen van de onderzochte zorgaanbieders heeft een vast beleid met betrekking tot het vaststellen van de wilsbekwaamheid of –onbekwaamheid van bewoners. Slechts de geneesheer-directeur van één van de zorgconcerns beweert dat er een protocol met betrekking tot het vaststellen van de wilsbekwaamheid is. Maar ook bij deze instelling lijkt het beleid niet echt van de grond gekomen.

*‘Ja, dat vind ik lastig. We hebben wel een aantal zaken, maar ik denk dat we ons daar ook nog goed op moeten scholen. Ik heb daar ook wel een aantal dingen over gezegd. Ik heb het ook in de la liggen. Maar het is nog niet echt geïmplementeerd bij alle mensen, denk ik. We leggen dat bij gedragsdeskundigen neer. Wij vinden dat die dat moeten beoordelen. Ik weet niet hoever zij dat hanteren.’ (directeur concern verstandelijk gehandicaptenzorg)*

Nergens wordt ook in het zorgdossier vastgelegd wanneer een cliënt met betrekking tot een bepaalde beslissing wilsonbekwaam is bevonden.

##### 7.3.1.2 Gezinsvervangende tehuizen

De meeste GVT's onderzoeken de wilsbekwaamheid van hun cliënten als ingrijpende behandelingen moeten plaatsvinden (32,8%, n=64). Daarnaast zegt een vrij groot percentage van de respondenten (21,9%) dat het de wilsbekwaamheid altijd onderzoekt. Een kleiner percentage doet dit alleen bij toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen (9,4%) of als daar aanleiding toe is, bijvoorbeeld op verzoek van de familie of als er twijfels over wilsbekwaamheid van de cliënt zijn (6,3%). 1,6% van de instelling onderzoekt bij overige zaken zoals indicatiestelling, bij een diagnose of in een observatiefase. Bijna een kwart van de gezinsvervangende tehuizen onderzoekt de wilsbekwaamheid van cliënten nooit (23,4%) terwijl drie gezinsvervangende tehuizen voor kinderen (4,7%; eenderde van de kinder-GVT's die deze vraag beantwoordden) de vraag niet van toepassing vindt, vanwege het feit dat zij minderjarige kinderen herbergen.

De wilsonbekwaamheid wordt meestal vastgesteld door de betrokken hulpverleners in overleg met familie of vertegenwoordiger. (49,2%; n= 61). In mindere mate wordt het door de behandelend arts vastgesteld (18,0%), extern, door RIAGG of indicatiecommissie (9,8%) of door de betrokken verpleegkundige of verzorgende (3,3%). Een groot aantal van de respondenten vindt

dat het bepalen van de wilsbekwaamheid bij de eigen cliënten nooit nodig is (21,4%), terwijl daarnaast nog 9,8% aangeeft dat de vraag om een andere reden niet van toepassing is. De vragen over wilsbekwaamheid zijn, behalve waar aangegeven, door GVT's voor kinderen niet opvallend anders beantwoord dan door GVT's voor ouderen.

Voor het opvallende hoge aantal respondenten dat het bepalen van de wilsbekwaamheid bij de eigen cliënten nooit nodig acht, komt uit de interviews niet echt een duidelijke verklaring naar voren. Binnen de gezinsvervangende tehuizen zijn de respondenten goed op de hoogte van wat het begrip inhoudt. Onderstaand citaat is representatief voor de antwoorden die door de verschillende respondenten worden gegeven:

*'Ik denk dat het van de situatie afhangt wanneer iemand zelf er verstandelijk niet meer toe in staat is om een weloverwogen beslissing te nemen. Er zijn hier zeker cliënten die wilsonbekwaam zijn in bepaalde gevallen. Ja, inderdaad, in individuele gevallen, maar ook in verschillende situaties denk ik. Kijk het is heel moeilijk de grens vast te stellen, wanneer is iemand wilsonbekwaam? En van geval tot geval kan het ook weer schelen per individu' (begeleider GVT)*

Desondanks hebben de twee geïnterviewde vertegenwoordigers het idee dat de meeste beslissingen voor hun kind door anderen genomen moeten worden. Uit het citaat van de eerste blijkt dat daarbij wel naar de wensen van de cliënt geluisterd wordt.

*'Nee, ze kan zelf niet overwogen beslissingen nemen. Toch moet soms wel met haar overlegd worden. Over sommige dingen heeft ze toch wel weer duidelijk een mening. En dat moet je toch wel eerst even aftasten, van hoe ze dat vindt en zo. Je kunt haar niet helemaal buitensluiten.' (vertegenwoordiger GVT)*

*Ja, mijn zoon is denk ik wel wilsonbekwaam. Hij heeft het niveau van anderhalf jaar. En hij is natuurlijk erg autistisch, dat komt er ook nog bij. Het kost gewoon ontzettend veel moeite, ook voor de leiding, om deze mensen te leren kennen. En als er een nieuwe assistent is, zijn er dan ook heel veel problemen. (vertegenwoordiger GVT)*

Mogelijk wordt bij een groot deel van de GVT's de wilsonbekwaamheid nooit onderzocht. Bij alledaagse zaken wordt met de cliënten overlegd, terwijl zorgbeslissingen met de vertegenwoordigers worden besproken.

### **7.3.1.3 Dagverblijven**

Dagverblijven voor ouderen geven meestal aan dat de wilsbekwaamheid van cliënten altijd wordt onderzocht. (36,1%; n=36). 16,7% onderzoekt de wilsbekwaamheid bij ingrijpende behandelingen, 8,3% doet dit bij ingrijpende behandelingen, 5,6% doet het als er aanleiding toe is en 8,3% toetst de wilsbekwaamheid bij overige zaken als indicatiestelling, diagnosestelling of observatie. 25,0% onderzoekt de wilsonbekwaamheid nooit.

Vaststelling van de wilsonbekwaamheid is bij de dagverblijven voor ouderen meestal een teambeslissing van de betrokken zorgverleners in overleg met de familie of vertegenwoordigers (36,8%; n=38). Relatief weinig beslist een arts (13,2%) of de betrokken verpleegkundige of verzorgende in overleg met een arts (5,3%), hetgeen consistent is met hetgeen uit de interviews naar voren komt: meestal is er geen arts betrokken bij de zorg in dagverblijven. 21,1% laat de wilsbekwaamheid extern onderzoeken. Een groot aantal stelt dat het bepalen van de wilsonbekwaamheid bij de eigen cliënten nooit nodig is (28,9%), en 7,9% vindt de vraag om een andere reden niet van toepassing.

Bij kinderdagverblijven valt op dat een zeer groot percentage de vraag niet van toepassing vindt vanwege het feit dat men met minderjarige kinderen werkt (70,6%; n=51). Daarnaast stelt 11,8% dat de wilsbekwaamheid nooit wordt onderzocht. Een klein percentage toetst de wilsbekwaamheid altijd (7,8%), alleen bij toepassingen van vrijheidsbeperkingen (5,9%) of bij ingrijpende behandelingen (2,0%), of als daar aanleiding toe is (2,0%).

In overeenstemming met het voorgaande vindt 68,9% (n=45) de vraag niet van toepassing is of dat het bepalen van de wilsonbekwaamheid bij de eigen cliënten nooit nodig is (15,6%). Bij de enkelen die het wel doen, is het bij de meesten een teambeslissing in overleg met familie (8,9%), enkelen laten het extern toetsen (4,4%), door een arts vaststellen (2,2%) of in overleg tussen begeleiders en arts bepalen (2,2%).

Ook bij dagverblijven hebben de geïnterviewde respondenten een goed inzicht in het begrip wilsbekwaamheid. In vergelijking tot de andere onderzochte zorgvormen wordt hier nog meer aandacht geschonken aan de wensen van de cliënt en blijven vertegenwoordigers meer buiten beeld. Dat heeft mede te maken met het niveau van de cliënten dat deelneemt aan de dagbestedingsprojecten: het overgrote deel is licht verstandelijk gehandicapt. Het grote aantal dagverblijven voor ouderen dat de wilsbekwaamheid nooit onderzoekt kan hier mogelijk mede mee te maken hebben.

#### **7.3.1.4 Overige aanbieders van verstandelijk gehandicaptenzorg: Logeerhuizen en SPD's**

Vier logeer-/kortverblijfhuizen onderzoeken de wilsbekwaamheid als er sprake is van ingrijpende behandelingen (57,1%; n=7). Twee doen het indien vrijheidsbeperkingen moeten worden toegepast, en één onderzoekt de wilsbekwaamheid altijd. Wilsonbekwaamheid in kortverblijfhuizen wordt in alle gevallen (n=7) vastgesteld door de betrokken hulpverleners in overleg met de familie en/of vertegenwoordiger. Bij de teambeslissing is ook een arts betrokken.

Van de negen SPD's onderzoeken vijf (55,6%) de wilsbekwaamheid als daar aanleiding toe is, terwijl één dit altijd toetst. Twee instellingen onderzoeken de wilsbekwaamheid nooit en één vindt de vraag niet van toepassing. Bij de meeste SPD's wordt het bepalen van de wilsbekwaamheid uitbesteed aan externen, zoals indicatieorgaan of RIAGG (55,6%, n=9). Bij één SPD doen de betrokken hulpverleners dit zelf in overleg met familie/vertegenwoordigers. Twee zorgaanbieders vinden de vraag niet van toepassing en twee melden dat het bepalen van de wilsonbekwaamheid nooit nodig is.

Bij de logeerhuizen en de SPD's is het begrip van de betekenis van wilsonbekwaamheid onder de medewerkers eveneens goed, al heeft één van de respondenten van een SPD het idee dat de rechter iemand wilsonbekwaam kan verklaren, waarna deze niet meer zelfstandig beslissingen mag nemen. Voor het overige geeft deze er echter blijk van te begrijpen dat het er om gaat het beoordelingsvermogen van een cliënt steeds opnieuw te bekijken.

#### **7.3.1.5 Thuiszorg**

Uit het onderzoek komt naar voren dat 26,9% van de respondenten in de thuiszorg (n= 52) vrijwel nooit nagaat of een patiënt wilsonbekwaam is. Een beperkt aantal geeft aan dit altijd te doen (7,2%). Anderen doen dit alleen indien overwogen wordt om vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen (15,4%), of bij ingrijpende behandelingen, waaronder ook vrijheidsbeperkende maatregelen worden gerekend (23,1%). Tot slot is er nog een groep die uitsluitend de wilsonbekwaamheid onderzoekt als daar aanleiding toe is, bijvoorbeeld omdat de familie dit verzoekt of als er twijfels zijn over de wilsonbekwaamheid (17,3%) of bij zorgmomenten als indicatiestelling, diagnosticeren, observatie en dergelijke. (9,6%).

Bij de meeste thuiszorginstellingen wordt de wilsonbekwaamheid van de cliënt vastgesteld door de betrokken hulpverleners in overleg met de familie of vertegenwoordiger (45,1%; n=51), of door een arts (35,3%). Vrij veel respondenten melden daarnaast dat de wilsonbekwaamheid wordt vastgesteld door de betrokken verpleegkundige of verzorgende in overleg met een arts (25,5%), of dat het extern gebeurt, door het RIO of RIAGG. Een kleiner percentage zegt dat de wilsonbekwaamheid door de betrokken verpleegkundige of verzorgende wordt vastgesteld. Tot slot stelt 9,8% van de respondenten dat het onderzoeken van de wilsonbekwaamheid bij de

eigen cliënten nooit nodig is en vindt 11,8% de vraag niet van toepassing.

Verscheidene respondenten die deel uitmaken van thuiszorginstellingen hebben geen duidelijk begrip van de betekenis van wilsonbekwaamheid. Desondanks handelen zij meestal wel correct. Dat wil zeggen dat de wensen van cliënten prevaleren, indien deze tot beslissen in staat worden geacht. De onderzochte thuiszorginstellingen hebben net als aanbieders van verstandelijk gehandicaptenzorg geen protocollen om wilsonbekwaamheid vast te stellen.

#### **7.3.1.6 Huisartsen**

Ook huisartsen krijgen in de praktijk te maken met de beoordeling of psychogeriatrische patiënten wilsbekwaam zijn. De meesten onderzoeken de wilsbekwaamheid van psychogeriatrische patiënten wanneer ingrijpende behandelingen plaats moeten vinden (38,6%; n=44). Ook vrijheidsbeperkingen worden hieronder gerekend. Een kleiner percentage doet dit alleen indien vrijheidsbeperkende maatregelen moeten worden toegepast (20,5%) of als daar aanleiding toe is (4,5%), zoals op verzoek van de familie, of als er twijfels omtrent wilsbekwaamheid zijn. 18,2% van de huisartsen stelt nooit de wils(on)bekwaamheid vast.

De vier huisartsen die voor het kwalitatieve onderzoek zijn ondervraagd, zijn bekend met het begrip wilsonbekwaamheid. Zij werken evenmin met protocollen om de wilsbekwaamheid bij een patiënt te bepalen.

#### **7.3.1.7 Ziekenhuisafdelingen**

Ziekenhuisafdelingen stellen het meest de wils(on)bekwaamheid van patiënten vast bij ingrijpende behandelingen, waaronder toepassingen van vrijheidsbeperkingen (34,2%; n=184). Een vrij groot percentage zegt de wilsbekwaamheid altijd te onderzoeken (24,5%), 5,4% doet het als daar aanleiding toe is, zoals op verzoek van de familie of wanneer er twijfels over de wilsbekwaamheid zijn, en 3,8% doet het bij zaken als indicatiestelling, diagnosticeren, of bij observatie. 14,1% van de respondenten zegt dat nooit de wilsbekwaamheid van patiënten wordt onderzocht. Onder de verschillende soorten ziekenhuisafdelingen doen zich geen grote verschillen voor, zodat een aparte bespreking achterwege kan blijven.

In verreweg de meeste gevallen wordt de wilsonbekwaamheid vastgesteld door een arts (52,2%; n=186) of door een betrokken hulpverlener in overleg met de familie of vertegenwoordiger (43,5%). Een klein percentage van de ziekenhuisafdelingen meldt dat de wilsbekwaamheid door de betrokken verpleegkundige hulpverleners (5,9%), of dat het extern wordt vastgesteld, bijvoorbeeld door het RIO of door het RIAGG (3,2%). Tot slot zegt 10,2% van de respondenten dat het onderzoeken van de wilsbekwaamheid van de patiënten nooit nodig is, en vindt 3,2% de vraag om andere redenen niet van toepassing.

Ook in ziekenhuizen wordt nauwelijks met protocollen gewerkt om de wilsbekwaamheid bij een patiënt te bepalen. Twee ziekenhuizen gebruiken af en toe wel eens geheugentests om een beter inzicht te krijgen in de mate van wilsbekwaamheid van een patiënt. In twee andere consulteert men af en toe een psychiater, wanneer er in een concreet geval twijfel is over het vermogen van de patiënt om een redelijke belangenafweging te maken.

#### **7.3.1.8 Conclusie**

17,9% (n=447) van de aanbieders van zorg voor verstandelijk gehandicapten gaat nooit na of een cliënt wilsonbekwaam is. Het meest komt dit voor in de thuiszorg, dagverblijven voor ouderen, en bij gezinsvervangende tehuizen. Duidelijke oorzaken waarom de wilsonbekwaamheid bij een relatief grote groep nooit onderzocht wordt, blijken niet echt uit het onderzoek. Mogelijke verklaringen zijn het feit dat men in de thuiszorg relatief weinig met wilsonbekwame cliënten te maken heeft, en dat men in de dagverblijven voor ouderen en gezinsvervangende tehuizen vaker met licht verstandelijk gehandicapten te maken heeft. Bij de laatste twee categorieën zorginstellingen komt uit de interviews wel naar voren dat alledaagse beslissingen altijd in overleg met de cliënt gebeuren. Daarnaast blijkt dat in GVT's bij meer ingrijpende beslissingen,

zoals het vaststellen van het zorgplan, meestal contact met een vertegenwoordiger wordt gezocht. De meeste zorgaanbieders onderzoeken de wilsbekwaamheid bij ingrijpende behandelingen (27,7%). Het vaststellen van wilsonbekwaamheid is in de meeste gevallen een teambeslissing (39,5%; n=405). Uit het onderzoek blijkt verder dat bij aanbieders van uitsluitend verstandelijk gehandicaptenzorg bij de vaststelling veel minder vaak dan bij andere zorgaanbieders een arts betrokken is. Dit heeft te maken met het feit dat in veel settings artsen ook een minder grote rol spelen in de zorg. Veelal is wel een orthopedagoog bij de zorg betrokken, met wie de wilsbekwaamheid dan waarschijnlijk eerder wordt besproken.

Een opvallend punt is tot slot dat voorzieningen voor minderjarigen aangeven dat de wilsonbekwaamheid vanwege de minderjarigheid van het kind niet hoeft te worden onderzocht. Dit gaat echter alleen op voor kinderen jonger dan twaalf, hetgeen betekent dat een aantal instellingen mogelijk onterecht geen rekening houdt met de wilsbekwaamheid van cliënten.

### 7.3.2 Vertegenwoordiging

#### 7.3.2.1 Algemeen

Drie van de bezochte grote zorgaanbieders hebben voor de intramurale instellingen het beleid om cliënten zoveel mogelijk te laten vertegenwoordigen door wettelijke vertegenwoordigers, curator, mentor en/of bewindvoerder, en stimuleren familieleden om door de rechter een vertegenwoordiger aan te laten wijzen. Bij extramurale zorgvormen gebeurt het eveneens, maar in mindere mate. Respondenten stellen dat cliënten hier vaker zelf in staat zijn om beslissingen te nemen. Het wordt dan niet nodig geacht om een wettelijke vertegenwoordiging te regelen. Overall wordt in die gevallen voorzien in informele vertegenwoordiging of een contactpersoon.

*‘Een aantal cliënten in gezinsvervangende tehuizen, daar zijn geen juridische maatregelen van toepassing. Maar daar zit wel een cliëntensysteem omheen waar altijd mee gecommuniceerd wordt. Dat kan een broer of een zus zijn, of een ouder. Die worden met toestemming van de betrokkenen ook betrokken bij zorgplannen. Die mogen daar met toestemming van betrokkenen ook bij aanwezig zijn. En dan praten ze mee en adviseren ze elkaar ook. Maar als iemand die op basis van vrijwilligheid bij ons woont zegt van ik wil mijn familie of netwerk er niet bij en jullie praten met mij, dan respecteren wij dat ook. Maar dat komt niet zo vaak voor. (zorgmanager concern verstandelijk gehandicaptenzorg)*

#### 7.3.2.2 Gezinsvervangende tehuizen

Bijna driekwart van de GVT's geeft aan dat zij het beleid voeren dat iedere cliënt een vertegenwoordiger heeft (73,1%; n=67). Daarnaast antwoordt 7,5% dat per situatie bekeken wordt of een vertegenwoordiger nodig is. 19,4% heeft geen speciaal beleid om een vertegenwoordiger aan te wijzen.

Bij één van de vijf GVT's uit het kwalitatieve onderzoek stimuleert men om een wettelijke vertegenwoordiger te regelen, als geen familie voorhanden is om te vertegenwoordigen.

*‘Er is in het verleden een cliënt hier geweest, waarbij de moeder er weinig mogelijk mee te maken wilde hebben, die kon het zelf niet aan. En toen is een vriend van de familie aangesteld als wettelijke vertegenwoordiger. De instelling heeft daar geen vast beleid in. De procedure gebeurt meestal door de familie zelf. De instelling is daar wel adviserend in.’ (begeleider GVT)*

Bij enkele andere GVT's dringt men er sowieso op aan om een wettelijke vertegenwoordiger te regelen. De beslissing laat men hier echter steeds bij de familie. Is er geen wettelijke vertegenwoordiger dan fungeren in het algemeen de ouders als vertegenwoordiger.

*‘Dat zijn dan de contactadressen waarmee je het eerste overlegt en die je ook wel fiat geven voor een aantal zaken, als dat nodig is.’ (locatiehoofd GVT)*

In de interviews met respondenten vanuit GVT's valt op dat de financiële zaken de belangrijkste prikkel vormen om vertegenwoordiging te formaliseren.

*'We zijn nu bezig binnen de organisatie om een beleid te ontwikkelen om een vertegenwoordiger aan te wijzen, mocht het nodig zijn. Vanaf 1 september is het de bedoeling dat de financiën die door de familie, dan wel verwanten, dan wel de cliënt zelf wordt gedaan. Dat betekent dat de bewindvoering dan ook rond moet zijn voor die cliënten die het niet zelf kunnen doen. En dat betekent dat voor cliënten waar niemand voor is, dat daar vermoedelijk van buitenaf iemand wordt ingehuurd, die voor deze cliënten dan de bewindvoering kunnen doen.'* (locatiehoofd GVT)

### 7.3.2.3 Dagverblijven

78% van de dagverblijven voor ouderen (n=41) en 96% van de kinderdagverblijven (n=50) heeft een beleid dat iedere cliënt een vertegenwoordiger heeft. 14,6% van de dagverblijven voor ouderen en 4% van de kinderdagverblijven heeft geen vast beleid. Daarnaast meldt 7,3% van de dagverblijven voor ouderen dat per situatie bekeken wordt of een vertegenwoordiger nodig is.

Uit het kwalitatieve onderzoek blijkt dat in de dagverblijven de vertegenwoordiger in vergelijking tot andere zorgvormen een minder grote rol speelt. Dat komt omdat de verstandelijk gehandicapten die van de bezochte dagbestedingscentra gebruik maken een relatief goed niveau hebben, vaak ook wanneer er sprake is van lichte gedragsproblematiek. Zaken zijn met hen goed bespreekbaar, waardoor een vertegenwoordiger niet vaak nodig is.

Enkele respondenten geven aan dat de betrokkenheid van ouders de laatste jaren groter wordt.

*'Ouders tonen nu wat meer interesse naar werk. Zeker als ze het kind nog thuis hebben wonen. Die brengen het kind en komen hier vaak. En de afstand van betrokkenen naar een woonvorm, dat daar de contacten ook wel wat anders liggen naar de familie. Dan lijken de groepsleiding meer de verantwoordelijke personen. Dus je merkt bijvoorbeeld met jonge cliënten die hier komen, die van school afkomen, dat die ouders veel betrokkener zijn. Dat ze toch wel willen weten wat hun kind doet. Weten of jij ze wel beoordeelt en of zij er anders naar kijken. Die een duidelijke mening hebben, heerlijk. Ja, de betrokkenheid wordt groter, dat vind ik wel goed.'* (teamleider dagbestedingscentrum)

*'De werkplannen worden niet met de familie besproken, nee. We hebben net een aanscherping van de zorgplannen gehad. Tot nu toe hadden we zoiets van we doen het liever met de medewerker zelf, als een soort van functioneringsgesprek. Maar omdat we nu die aanscherping gehad hebben, kunnen we ouders niet meer weigeren. Het komt tegenwoordig ook veel vaker voor dat ouders erbij willen zijn. Maar als een medewerker zelf wilsbekwaam is dan kan hij ook zeggen dat hij zijn ouders er niet bij wil, en dan gebeurt het niet.'* (orthopedagoog dagbestedingscentrum)

Uit de interviews komt bovendien naar voren dat als er een formele vertegenwoordiger moet komen, dat eerder via een woonvoorziening of via thuis wordt geregeld. Een dagbestedingsvoorziening speelt daar nauwelijks een rol in.

### 7.3.2.4 Logeerhuizen

De kortverblijfhuizen die aan het kwantitatieve onderzoek deelnamen hebben alle het beleid dat iedere cliënt een vertegenwoordiger heeft. In de logeerhuizen verloopt het overleg voornamelijk via de ouders. Zij zijn degenen met wie een zorgovereenkomst wordt gesloten. Bij de minderjarigen is de vertegenwoordiging geen discussiepunt omdat de ouders al wettelijke vertegenwoordiger zijn en ook bij logeerhuis voor ouderen, is het geen speciaal onderwerp aandacht van aandacht.

*'Per kwartaal spreken ouders met ons door waarop zij graag hun kind bij ons willen laten logeren. Ongeveer 50 logés komen hier regelmatig. De vaste krachten kennen deze kinderen dus ook erg goed. Dit is goed voor de kinderen. Deze vinden het zeker de eerste keren niet leuk dat papa of mama ze achterlaten hier. Wanneer ze dan bekende gezichten zien gaat het meteen een stuk ge-*



### **7.3.2.5 SPD**

Geen van de negen SPD's die de grote vragenlijst hebben ingevuld heeft een beleid om een vertegenwoordiger aan te wijzen. Toch blijkt uit het kwalitatieve onderzoek dat het wel gebeurt. Bij de twee SPD's zijn financiële motieven, net als bij GVT's de belangrijkste reden om een vertegenwoordiger aan te wijzen. Eén van de respondenten meldt hier dat één van de redenen dat financiële problemen bij hun cliënten vaker voorkomen is dat een aantal met verslavingsproblematiek te maken krijgt.

*'Met onderbewindstelling hebben we veelvuldig te maken. We hebben bijvoorbeeld nu te maken met cliënten die nu aan de verslavingsmiddelen zitten. Die ten onder gaan aan financiële ramptoe-standen. Die in de problemen zitten die zij op grond van hun IQ niet kunnen overzien.'* (zorgconsulent SPD)

Financiën zijn bovendien zaken die de verstandelijk gehandicapten niet goed overzien en waar het eerst problemen over ontstaan. De prikkel om hier iets voor te regelen is daarom groter, zo vertelt een beleidsmedewerker van een SPD.

### **7.3.2.6 Thuiszorg**

Bijna de helft van de thuiszorginstellingen heeft geen speciaal beleid om voor iedere cliënt een vertegenwoordiger aan te wijzen (48,1%; n=52). 42,3% heeft daar wel een vast beleid in en bij 7,7% wordt opgemerkt dat per situatie bekeken wordt of een vertegenwoordiger nodig is.

Als een cliënt niet in staat is om zelf beslissingen te nemen, dan wordt in de thuiszorg overlegd met de familie. Komt het bij psychogeriatrische cliënten vaker voor dat burens of kennissen wel eens als vertegenwoordiger fungeren; bij verstandelijk gehandicapten maken respondenten dit nooit mee. Bij cliënten die in GVT's verblijven, heeft de thuiszorg niet altijd direct contact met de familie. Vaak loopt dit via de begeleiders van het GVT.

### **7.3.2.7 Huisartsen**

Bij de meeste huisartsen is het meestal geen beleid dat iedere patiënt een vertegenwoordiger heeft (59,6%; n=47). 38,3% doet dit wel altijd, terwijl één huisarts (2,1%) aangeeft dat dit per situatie bekeken wordt.

De ondervraagde huisartsen werken niet bewust met contactpersonen. Vaak is hun, door hun jarenlange band met de familie, duidelijk met wie zij zich moeten verstaan om zorgbeslissingen te nemen. Soms achten zij verstandelijk gehandicapte patiënten ook in staat om zelfstandig beslissingen te nemen, meestal is er echter sprake van een gezamenlijke beslissing van patiënt, vertegenwoordiger en arts.

*'Het hoger niveau komt alleen naar de praktijk. Maar als ik ook niet zo goed begrijp waar ze voor komen, zeg ik tegen ze dat ik thuis nog even bel. Vaak komen verstandelijk gehandicapten met de ouders of met de mentor. Als er toestemming gegeven moet worden voor een behandeling gaat het meestal in samenspraak met de patiënt en de vertegenwoordiger.'* (huisarts)

De ondervraagde huisartsen zeggen nooit problemen te hebben met meningsverschillen tussen patiënt en familie/vertegenwoordigers. Door overleg komt men er in het algemeen wel uit.

*'Het komt eigenlijk nooit voor dat er meningsverschillen zijn. Als er iets is dan praten we erover en dan dealen we daarmee. We komen er dan altijd wel uit.'* (huisarts)

Met name de huisarts die veelvuldig te maken heeft met verstandelijk gehandicapten ziet regelmatig dat verstandelijk gehandicapten een wettelijke vertegenwoordiger hebben. Dit is zeker het geval bij financiële aangelegenheden, maar ook mentoren komen geregeld voor. Eén huisarts komt het uitsluitend voor financiële aangelegenheden tegen; de drie andere hebben er vaker mee te maken en worden ook wel eens ingeroepen bij een collega-arts via wie een

aanvraag voor een mentor of een curator loopt.

### 7.3.2.8 Ziekenhuisafdelingen

De meeste ziekenhuisafdelingen hebben een vast beleid om voor iedere patiënt een vertegenwoordiger aan te wijzen 46,7%; n=180). 11,1% zegt voor elke cliënt een contactpersoon aan te wijzen en 4,4% antwoordt dat per situatie bekeken wordt of vertegenwoordiging nodig is. Ruim een derde van de ziekenhuisafdelingen heeft geen beleid om een vertegenwoordiger aan te wijzen (34,4%).

Uit de interviews blijkt dat ziekenhuizen de vertegenwoordiger meestal contactpersoon noemen, vanuit hun werkwijze met reguliere patiëntengroepen. Desalniettemin wordt de contactpersoon wel degelijk als vertegenwoordiger beschouwd, indien de patiënt wilsonbekwaam bevonden wordt. Indien een verstandelijk gehandicapte patiënt geen vertegenwoordiger heeft, hetgeen de ondervraagde respondenten maar heel zelden hebben meegemaakt, zal met de huisarts overlegd worden wat te doen, of met zorgverleners van de instelling waar de betrokkene verblijft.

### 7.3.2.9 Conclusie

Van alle zorgaanbieders die zich mede bezighouden met verstandelijk gehandicapten heeft 57,4% (n=453) het beleid dat iedere cliënt een vertegenwoordiger heeft. Aanbieders die uitsluitend zorg verlenen aan verstandelijk gehandicapten doen dit veel vaker dan de andere zorgaanbieders. Hier gebeurt het door minimaal driekwart van de instellingen. Minder dan bijvoorbeeld voor psychogeriatrische cliënten lijkt het voor verstandelijk gehandicapten een probleem te zijn om een vertegenwoordiger te vinden. Als men dit tegenkomt wordt een wettelijke vertegenwoordiger geregeld, zo bleek bij enkele GVT's. Bij dagverblijven heeft men minder direct te maken met vertegenwoordigers, al heeft het overgrote deel er wel een aangewezen. Bij de dagverblijven die ten behoeve van het kwalitatieve onderzoek zijn bezocht, worden zaken veelal met de cliënten zelf besproken. Meestal is het niveau van hen dusdanig dat dit ook goed mogelijk is.

## 7.4 Totstandkoming en inhoud zorgplan

Behalve door huisartsen wordt door alle zorgaanbieders die deel hebben genomen aan dit onderzoek gewerkt met zorg- of behandelplannen. Bij één thuiszorgorganisatie geldt dit niet voor die situaties waarin uitsluitend huishoudelijke hulp wordt geboden.

De plannen bij aanbieders van uitsluitend zorg voor verstandelijk gehandicapten hebben geen eenduidige benaming. Verschillende termen komen voor naast zorgplan, zoals ondersteuningsplannen, leefplannen, begeleidingsplannen of werkplannen (bij dagbestedingscentra).

Het zorgplan bij de diverse soorten instellingen bevat doorgaans een omschrijving van het probleem, de zorgbehoeftes, dan wel de mate van ondersteuning of begeleiding die gevraagd wordt, een beschrijving van de zorg die geboden wordt en van de doelstellingen van die zorg.

Op centraal niveau, maar ook op andere plekken wordt veel waarde gehecht aan het zorgplan. Men is van mening dat er een belangrijke kwaliteitsimpuls vanuit gaat.

*‘Een ondersteuningsplan is heel belangrijk. Het maakt dat je op een fatsoenlijke manier met de cliënt omgaat. Daarom moet een ondersteuningsplan ook consistent zijn in zichzelf en met je visie en consistent met datgene wat iemand aan cliëntenrechten toch met je mag verwachten. Ook als je hem niet beter kunt maken – wat de Bopz van je verwacht en wat natuurlijk gewoon onmogelijk is en in de praktijk daarom vaak ook helemaal niet de insteek – lijkt mij dat een heel goed uitgangspunt.’ (zorgmanager concern verstandelijk gehandicaptenzorg)*

In onderstaande tabel is beschreven welke items in het zorgplan of –dossier worden opgenomen. Een bespreking daarvan vindt hieronder voor iedere zorgaanbieder afzonderlijk plaats.

**Tabel 7-2 Items, opgenomen in zorgplan of zorgdossier, in percentage**

Item	Z-afd.	T.zrg	H-arts	GVT	KDV	DVO	Log.h	SPD	Totaal
N=	187	53	44	69	51	41	7	7	452
Wilsonbekwaamheid	34,2	17,0	15,9	55,1	5,9	48,8	85,7	28,6	32,5
Vrijheidsbeperkingen	74,3	28,3	13,6	58,0	70,6	53,7	100,0	0,0	57,5
Behandeling	91,4	67,9	59,1	56,5	72,5	58,5	85,7	42,9	75,5
Medicatie	90,9	90,6	61,4	84,1	88,2	75,6	100,0	42,9	84,7
Dwangbehandeling	16,6	9,4	4,5	15,9	11,8	24,4	71,4	0,0	15,3
Noodsituaties	39,6	28,3	11,4	29,0	33,3	26,8	57,1	28,6	32,2
Geen van genoemde categorieën	1,6	3,8	0,0	2,9	5,9	2,4	0,0	14,3	2,6
Overigen	8,0	5,7	34,1	2,9	2,0	2,4	0,0	28,6	8,5
Geen zorgplan	3,2	22,6	2,3	26,1	21,6	36,6	0,0	14,3	13,9

#### 7.4.1.1 Gezinsvervangende tehuizen

Vrijwel alle GVT's stellen voor hun cliënten een zorgplan op (97,1%; n=70); twee doen dit regelmatig (2,9%). Ruim de helft legt een bevinding van wilsonbekwaamheid van de cliënt en de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen in het zorgplan of –dossier vast. Medicatie is het meest vastgelegde onderdeel. Vrijheidsbeperkingen worden in iets meer dan de helft van de VGT's in zorgplan of –dossier opgenomen.

Bij de bezochte gezinsvervangende tehuizen wordt een zorgplan meestal door een eerst verantwoordelijke begeleider opgesteld in samenspraak met de cliënt. Bij drie huizen blijkt uit de interviews dat bij de opstelling eveneens een orthopedagoog is betrokken. Een arts is doorgaans geen partij bij het vaststellen van een zorgplan. Bij één van de zorgconcerns waar uitsluitend op centraal niveau is geïnterviewd, deelt de zorgmanager mee dat het bij hen bij extramurale locaties zoals bij GVT's, de bedoeling is, dat steeds een huisarts wordt geraadpleegd bij de totstandkoming van een zorgplan. Daar is ook een protocol voor.

*'Ik vind dat bij de totstandkoming van een ondersteuningsplan in ieder geval medische vragen moeten worden gesteld, ook als dit niet voor de hand ligt, omdat vanuit de cliënt uit gezien de kans aanwezig kan zijn dat de cliënt ook in zijn gezondheid niet helemaal lekker in elkaar zit, of dat hij risico's kan lopen. Dan vind ik het in onze professionaliteit liggen als we naar de huisarts lopen en wilt u eens meedenken met deze patiënt met het syndroom van Down.'* (zorgmanager concern verstandelijk gehandicaptenzorg)

Alle huizen benadrukken dat men bij de opstelling cliëntgericht te werk gaat; dat wil zeggen de wensen van de cliënt staan voorop.

*'Als het goed is, komt het niet voor dat een cliënt het niet eens is met de inhoud van een leefplan. Omdat een leefplan wordt opgesteld naar de wens van de cliënt. Dus er wordt ook goed gekeken naar wat wil de cliënt. Het mag dus eigenlijk niet zo zijn dat de cliënt het daar niet mee eens is. Tenzij je natuurlijk cliënten hebt die helemaal geen beslissingsbevoegdheid over zichzelf hebben en de ouders dat van ons wensen. Dan kun je een dergelijke situatie krijgen. Maar wij streven er wel naar zoveel mogelijk naar de wens van de cliënt een leefplan op te stellen.'* (begeleider GVT)

*'Wij hebben hier een leefplan. Andere instellingen noemen het zorgplan of begeleidingsplan. Iedereen heeft andere namen. En daar op de eerste vier pagina's staat vooral wie ben ik, wat wil ik en waar heb ik hulp bij nodig. Dus echt vanuit de cliënt geschreven. De persoonlijke begeleiders die dat moeten doen, die naast de cliënt staan, die proberen ook vanuit de cliënt te schrijven. En dan staat de cliënt centraal en zo is de zorg ook opgebouwd.'* (locatiehoofd GVT)

Een GVT stelt het zorgplan vooraf op, waarna het meestal met de cliënt wordt besproken.

*'Bij de bespreking van het zorgplan is de cliënt helemaal aanwezig, ten dele aanwezig of niet aan-*

*wezig. Dat is afhankelijk van of de cliënt ermee kan omgaan. Er zijn cliënten die zelf aangeven, dat ze er niet bij willen zijn of bij bepaalde onderdelen niet. Dat is het makkelijkste want dan zijn ze zelf vrij om te kiezen. Er zijn cliënten bij die over hun toeren raken op het moment dat ze erbij zijn. Daar spreken we mee af dat ze er niet meer bijzijn.’ (manager GVT)*

De familie is ook altijd aanwezig bij zo’n bespreking, tenzij een cliënt aangeeft dat hij dat niet wil. Daartoe moet het initiatief wel van de cliënt uitgaan.

Vertegenwoordigers worden eveneens bij de procedure van het vaststellen van het zorgplan betrokken. Sommige GVT’s bespreken het zorgplan met de familie, nadat dit in samenspraak met de cliënt is opgesteld. Anderen betrekken vertegenwoordigers al in een eerder stadium. De vertegenwoordigers die ten behoeve van dit onderzoek zijn geïnterviewd, zijn in het algemeen tevreden over de gang van zaken.

*‘Ze hebben het plan opgesteld, en daar hebben wij een concept van gekregen en daar konden we kritiek op geven als we het er niet mee eens waren en zo. En toen hadden we later een leefplanbespreking met mijn dochter erbij. Maar ik was zeker tevreden over de gang van zaken.’ (vertegenwoordiger GVT)*

Bij een andere vertegenwoordiger die zegt tevreden te zijn over hoe een en ander is verlopen blijkt gaandeweg dat aan haar mening bij de opstelling van het zorgplan in het verleden toch voorbij is gegaan.

*‘De invulling van de dagactiviteiten dat is in het begin wel een strubbeling geweest. Dat kan ik wel zeggen. Hij moest dus eigenlijk van negen tot vier naar het activiteitscentrum. En daar was ik het helemaal niet mee eens. Want dat kan hij gewoon niet aan. Toen is het later van negen tot half drie gedaan. En toen van negen tot een en, toen van negen tot twaalf en nu is hij helemaal thuis. Daar hebben we dus het meeste voor geknakt. Om dat terug te brengen. Ieder mens moet werken. Daat gingen ze hier van uit. Iedereen heeft een taak overdag. En daar was ik het beslist niet mee eens. Maar het gebeurde wel. En dan sta je wel machteloos als ouders. Dat vonden wij niet fijn. Wij wisten gewoon dat hij dat niet aan kon. Maar het gebeurde toch. Pas toen de activiteitenbegeleidster zij dat het helemaal niet goed met mijn zoon ging en dat het ook van negen tot twaalf niet lukte, heeft de orthopedagoog gezegd laat hem maar stoppen.’ (vertegenwoordiger GVT)*

De zorgplannen worden geëvalueerd. De respondenten noemen termijnen van eens per jaar tot eens per twee jaar en zelfs een keer in de drie jaar. Daarbij wordt aangegeven dat de plannen eerder worden aangepast indien daar aanleiding toe is. Bij een evaluatie zijn in de meeste gevallen de begeleiders, de familie een orthopedagoog en indien mogelijk de cliënt zelf ook betrokken. In één huis wordt eens in de zes weken een evaluatie gehouden.

*‘Ja, we kennen om de zes weken een netwerkbespreking. En dan willen we dus alle mensen die belangrijk zijn voor de cliënt om de tafel hebben en de cliënt zelf. En vervolgens worden doelen bijgesteld of wordt er vroegtijdig geconstateerd dat een doel niet behaald kan worden.’ (teamleider VGT)*

#### **7.4.1.2 Dagverblijven**

Bij de kinderdagverblijven stelt 98% (n=50) altijd een zorgplan voor de cliënten op en 2,0% doet dit regelmatig. Bij dagverblijven voor ouderen gebeurt dit iets minder vaak: 81,0% doet dit altijd (n=42); 11,9% stelt regelmatig een zorgplan op; 2,4% doet het af en toe en 4,8% maakt nooit een zorgplan. Kinderdagverblijven nemen vaker dan dagverblijven voor ouderen vrijheidsbeperkingen als onderdeel in het zorgplan op.

In de drie bezochte dagverblijven voor ouderen worden de zorgplannen, ook wel werkplannen genoemd, dikwijls in overleg met de cliënt zelf opgesteld. Naast de begeleiding is meestal ook een orthopedagoog bij de opstelling betrokken.

Het werken met zorgplannen wordt als een zinvolle verbetering ervaren.

*'Bij deze cliënten wordt het zorgplan uitvoerig besproken met de gedragsdeskundige. Het wordt vaak in de vorm gegoten dat we een observatieplan erbij schrijven en een rapportagesysteem opzetten, waarbij we gaan trachten omstandigheden te begrijpen. Redenen waarom dingen gebeuren. En dan misschien daar begeleiding bij te zetten die dingen beter maakt voor de cliënt. We merken daar zeker resultaten van. We hebben de indruk dat we sowieso daardoor zelf een beter beeld krijgen van die persoon waar je het over hebt. Wat ontzettend prettig is, want ik weet uit ervaring dat je geneigd bent alleen naar de negatieve kant van de cliënt te kijken. (teamleider dagbestedingscentrum)*

Een andere respondent noemt hetzelfde voordeel:

*Als je echt een zorgplan gaat opstellen en gaat rapporteren aan de hand van observatierapporten, zie je de persoon meer in zijn geheel, zie je de hele leuke dingen. Dan zie je heel ander gedrag dan het opvallende gedrag. Het is een andere manier van kijken en dat voelt zo'n cliënt ook wel aan (groepsbegeleider dagbestedingscentrum)*

#### **7.4.1.3 Logeerhuizen**

Alle logeerhuizen (n=7) die aan dit onderzoek meewerkten stellen voor hun cliënten een zorgplan op. Allen nemen zij hier ook vrijheidsbeperkende maatregelen in op en de meesten leggen ook wilsonbekwaamheid in het zorgplan of het –dossier vast.

Uit de interviews in de twee logeerhuizen komt naar voren dat het karakter van de zorgplannen wel iets verschilt. Ze worden in beide huizen zorgovereenkomst genoemd. In vergelijking tot de zorgplannen van andere zorgvormen, wordt er niet zozeer naar behandeldoelen gestreefd, maar worden er afspraken gemaakt hoe de cliënt behandeld moet worden. Nadrukkelijk wordt aangegeven dat de zorgovereenkomst ook vrijheidsbeperkende maatregelen kan bevatten.

*'In de zorgovereenkomst kunnen ook maatregelen die wij mogen treffen staan, indien een cliënt zich agressief gedraagt, of wat wij moeten doen in geval van een hartstilstand of bij gewoon ziekte.'*  
(teamleider logeerhuis ouderen)

#### **7.4.1.4 SPD's**

Van de negen SPD's die voor de verwerking van de kwantitatieve gegevens zijn gebruikt stellen zes (66,7%) altijd een zorgplan voor hun cliënten op; één doet dit regelmatig. Twee maken nooit een zorgplan. Bij geen van de instellingen worden vrijheidsbeperkende maatregelen in het plan opgenomen. Dit heeft te maken met het feit dat zij zelf geen directe zorg verlenen.

In de beide bezochte SPD's wordt wel met zorgplannen gewerkt. De procedure is hier dat het zorgplan in beginsel met de cliënt zelf wordt opgesteld, waarna vervolgens bij zorgaanbieders gezocht wordt naar de juiste zorgvorm.

*'Eerst wordt er een beeld gevormd van de cliënt. Welke zorginstanties hebben al met deze cliënt te maken of te maken gehad. Vervolgens kunnen wij gegevens opvragen bij andere aanbieders. Dit kan alleen na toestemming van de cliënt. Dan wordt eerst gekeken of hij binnen de doelgroep van de SPD past. Als dit het geval is, moet de zorgconsulent een aantal dingen doen. Er moet een werkplan gemaakt worden. Vervolgens moet gekeken worden of dit werkplan overeenkomt met wat de cliënt zelf wil. En daarna moet worden overgegaan tot inschrijving bij zorgaanbieders. Dit formulier is eigenlijk het begin van het officiële dossier. Vaste rubrieken in het dossier zijn psychologische gegevens, sociale rapportage, pedagogische gegevens, zorgaanbieders, indicaties van het LCIG bijvoorbeeld, gegevens over vertegenwoordigerschap en gegevens over de financiële situatie.'*  
(beleidsmedewerker SPD)

Volgens de respondenten komt de vertegenwoordiger pas in beeld, als de cliënt zelf niet in staat is om de opstelling van het zorgplan te bespreken.

#### 7.4.1.5 Thuiszorg

Door het grootste deel van de thuiszorginstellingen wordt voor cliënten altijd een zorgplan opgesteld (86,6%; n=53). Enkele doen het regelmatig (11,3%), terwijl 1,9% meldt het af en toe te doen. Opmerkelijk is dat desondanks uit Tabel 7-2 blijkt dat een vijfde van de thuiszorginstellingen geen zorgplan heeft. Vrijheidsbeperkende maatregelen worden door minder dan een derde van de thuiszorginstellingen in het zorgplan of zorgdossier opgenomen.

De opstelling van zorgplannen in de thuiszorg gebeurt door de eerst verantwoordelijke verpleegkundige. Bij de opstelling ervan is veelal de huisarts betrokken.

In de thuiszorg worden vrijheidsbeperkingen lang niet altijd in het zorgplan opgenomen. Wel staat dit dikwijls in rapportages die onder meer van belang zijn bij de overdracht. Dikwijls liggen die rapportages (ook) bij de mensen thuis. Dat kan tot problemen leiden:

*‘Soms komt het voor, dat hoor ik ook wel van de gespecialiseerde verzorging, dat er cliënten zijn waar je net niet alles op kunt schrijven in een logboek. Waar je toch wel net alles op een andere manier moet doen. Daarbij voelt iedereen dat dat niet kan, maar je weet ook dat als je het wel opschrijft, dat je dan de deur uitgezet wordt, en dat je dus niemand meer helpt.’ (zorgmanager thuiszorg)*

#### 7.4.1.6 Huisartsen

Huisartsen zijn de categorie zorgaanbieders dat het minst vaak met zorgplannen werkt. Ruim de helft van de respondenten doet dit nooit (26,7%; n=45) of vrijwel nooit (31,1%). 24,4% doet het af en toe, 13,3% regelmatig en slechts 4,4% altijd.

Geen van de huisartsen die aan de interviews hebben meegewerkt, werkt met zorgplannen. Zorgdossiers hebben de meeste huisartsen wel, zo blijkt ook uit Tabel 7-2. Toch vult ook hier een derde van de huisartsen in dat er noch een zorgplan noch een zorgdossier is.

Is er wel een zorgdossier dan zijn behandeling en medicatie de meestvoorkomende items.

#### 7.4.1.7 Ziekenhuisafdelingen

Bij ziekenhuisafdelingen werkt bijna driekwart altijd met zorgplannen (73,1%; n=186). 16,7% gebruikt regelmatig zorgplannen, 6,5% af en toe, 1,6% bijna nooit en 2,2% helemaal nooit. Uit Tabel 7-2 blijkt dat eenderde van de ziekenhuisafdelingen wilsonbekwaamheid regelmatig als onderdeel in het zorgplan of –dossier opneemt. Driekwart legt hier ook vrijheidsbeperkende maatregelen in vast.

Sommige ziekenhuizen werken met aparte verpleeg- of zorgplannen; andere hebben een geïntegreerd behandelplan, waar zowel geneeskundige als verpleegkundige aspecten in opgenomen zijn. Ook de meeste ziekenhuizen werken bij de opstelling van het zorg- of behandelplan meestal met een multidisciplinair team.

Opvallend is dat in slechts één van de ondervraagde ziekenhuizen expliciet naar voren komt dat de patiënt of in geval van wilsonbekwaamheid diens vertegenwoordiger om toestemming wordt gevraagd voor het zorgplan. Uit interviews uit andere ziekenhuizen komt de rol van de vertegenwoordiger bij beschrijving van de procedure van de opstelling van het zorgplan in het geheel niet aan de orde. Enkele respondenten uit hetzelfde ziekenhuis geven zelfs nadrukkelijk aan dat vertegenwoordigers niet om toestemming wordt gevraagd.

#### 7.4.1.8 Conclusie

Aanbieders die zich met zorg aan verstandelijk gehandicapten bezighouden, stellen in drie kwart van de gevallen een zorgplan voor hun cliënten op (75,4%; n=463). 11,2% doet dit regelmatig, 5,4% stelt af en toe een zorgplan op; en de rest doet het nooit of bijna nooit. Hierbij betreft het vooral huisartsen. In vergelijking tot andere zorgaanbieders werken zorgaanbieders die zich uitsluitend met verstandelijk gehandicaptenzorg bezighouden, veel vaker met zorgplan-

nen. De meest voorkomende onderdelen zijn medicatie, behandeling en in mindere mate vrijheidsbeperkende maatregelen.

In vergelijking tot andere zorgaanbieders, betrekken de verstandelijk gehandicapteninstellingen de cliënt meer bij de opstelling van het zorgplan. Ook de vertegenwoordiger wordt er in ieder geval bij zorgaanbieders waar cliënten (tijdelijk) wonen veelal meer bij betrokken. Bij dagbestedingscentra gebeurt dit minder, maar hier, althans bij de bezochte instellingen, is het niveau van de cliënten veelal ook hoger, zodat met hen zelf overlegd kan worden. Dat verklaart tevens waarom zo weinig dagverblijven de wilsbekwaamheid van cliënten onderzoeken (zie par. 7.3.1.3).

## 7.5 Toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen, bij overeenkomst, in het kader van dwangbehandeling en in het geval van een nood situatie

### 7.5.1 Definitie vrijheidsbeperkingen

Aan alle respondenten is gevraagd wat zij onder vrijheidsbeperkingen verstaan. In Tabel 7-3 wordt weergegeven welke maatregelen door respondenten in het kwantitatieve onderzoek als vrijheidsbeperkend worden beschouwd.

**Tabel 7-3 Welke maatregelen zijn vrijheidsbeperkend, instellingen algemeen, in procenten**

	Maatregel	Percentage N=465
1.	Zware fixatie (o.a. Zweedse banden)	94,2
2.	Deur op slot	84,3
3.	Afzondering	73,8
4.	Toedienen voedsel/vocht tegen wil	71,2
5.	Lichte fixatie (o.a. diepe stoel, tafelsteun e.d.)	69,9
6.	Sederende medicatie of psychofarmaca	69,7
7.	Bedhekken plaatsen	69,5
8.	Gecamoufleerd toedienen van medicatie	65,8
9.	Beperken telefoonverkeer	64,3
10.	Controleren poststukken	63,4
11.	Beperken ontvangen bezoek	62,4
12.	Gebruik belmat, deurmelder e.d.	43,2
13.	Anders	2,6

In de tabel is te zien dat zware fixatiemiddelen, zoals toepassingen van Zweedse banden het meest en elektronische hupmiddelen, zoals belmatten en deurmelders en dergelijke het minst als vrijheidsbeperkende maatregel worden beschouwd. Onder de categorie 'anders' worden vooral andere elektronische hulpmiddelen, zoals een anti-dwaalsysteem genoemd.

Opvallend is dat respondenten tijdens de interviews bij concerns voor verstandelijk gehandicaptenzorg op centraal niveau een redelijk eenduidig antwoord geven, als gevraagd wordt wat onder vrijheidsbeperkingen wordt volstaan.

*'We hebben er met opzet voor gekozen om het heel breed op te zetten. We gaan uit van de definitie vrijheidsbeperking. Dus zonder dat we direct kijken van wanneer er sprake is van dwang. Daar kijken we natuurlijk ook naar, maar we vinden iets ook een vrijheidsbeperking als het gewoon naar de aard, letterlijk de vrijheid van een cliënt inperkt.'* (beleidsverantwoordelijke concern verstandelijk

gehandicaptenzorg)

*‘Wij verstaan onder een vrijheidsbeperkende maatregel iedere vorm van beperking die je oplegt aan de cliënt. Daarbij bedoelen we niet alleen iedere vorm van beperking op het moment dat de cliënt zich verzet, maar iedere beperkende maatregel.’ (sectormanager concern verstandelijk gehandicaptenzorg)*

De omschrijving die de respondenten geven ten aanzien van het begrip vrijheidsbeperking is ruim te noemen, en brengt met zich mee dat, zoals in de volgende paragrafen uitgebreid zal worden beschreven, zowel op locaties waar de Wet Bopz van toepassing is, als op plaatsen waar dat niet het geval is, gepoogd wordt om zo bewust mogelijk met vrijheidsbeperkende maatregelen om te gaan. Twee concerns maken daarbij een onderscheid tussen middelen of maatregelen die op de voet van de Wet Bopz worden toegepast en waarbij een strenger registratieregime geldt en individuele vrijheidsbeperkingen die volgens het concern niet onder de Wet Bopz vallen, en waarbij een mildere vorm van registratie wordt gebruikt.

*‘De registratieplicht die ligt binnen onze organisatie op de middelen en maatregelen zoals die in de Wet Bopz genoemd zijn. Maar wat we erg belangrijk vinden, is dat we ook zicht hebben op de individuele beperkingen. Daar hebben we nog geen registratieplicht op gezet, maar wel de waarborg in het zorgplan neergelegd en het ondersteuningsplan. Dan wordt het dus ook regelmatig geëvalueerd. Beperkingen in zijn algemeenheid, ik durf ook de stelling op tafel te leggen: bepaalde beperkingen in de bewegingsvrijheid, bij bepaalde cliënten leveren die juist bewegingsverruiming, vrijheidsverruiming op. Als ik kijk naar een detectiesysteem voor mensen die gaan dwalen, en dat bij de ingang van een terrein legt, dan heb je de vrijheid op het hele terrein. Gebruik je zo’n detectiesysteem niet dan moet je de deuren van de woning op slot doen.’ (Zorgmanager concern verstandelijk gehandicaptenzorg)*

Eén van deze concerns maakt bovendien ongeacht de plaats waar beperkingen plaatsvinden onderscheid tussen Bopz-maatregelen en Wgbo-maatregelen. In de M&M-commissie die één keer per maand bij elkaar komt vindt discussie plaats over wat waaronder gerekend moet worden.

*‘Heel veel van onze cliënten die functioneren op een zeer laag ontwikkelingsniveau, te vergelijken met een baby. Dan gebruiken we beddekken, maar soms ook een Zweedse band tot in lengte van dagen, totdat ze overlijden bij wijze van spreken. Als wie zo’n maatregel blijvend toepassen en er geen verwachting meer is van herstel naar een hoger niveau, dan gaat het om maatregelen waarvan wij vinden dat het een Wgbo-achtige maatregel is. Dus valt dan dus niet onder de Bopz, waar we dan ook geen herindicatie voor vragen. De inspectie is daarmee akkoord gegaan.’ (zorgmanager concern verstandelijk gehandicaptenzorg)*

Het onderscheid heeft volgens de respondent uitsluitend gevolgen voor een eventuele melding aan de inspectie, echter niet voor de registratie binnen de instelling.

#### 7.5.1.1 Gezinsvervangende tehuizen

**Tabel 7-4 Welke maatregelen zijn vrijheidsbeperkend, GVT’s, in procenten**

	Maatregel	Percentage N=67
1.	Zware fixatie (o.a. Zweedse banden)	86.6
2.	Deur op slot	88.1
3.	Afzondering	82.1
4.	Gecamoufleerd toedienen van medicatie	74.6
5.	Toedienen voedsel/vocht tegen wil	79.1
6.	Sederende medicatie of psychofarmaca	68.7
7.	Beperken ontvangen bezoek	68.7



8.	Beperken telefoonverkeer	67.7
9.	Controleren poststukken	67.2
10.	Bedhekken plaatsen	64.2
11.	Lichte fixatie (o.a. diepe stoel, tafelsteun e.d.)	64.2
12.	Gebruik belmat, deurmelder e.d.	58.2
13.	Anders	4.5

Het plaatsen van bedhekken wordt in GVT's relatief minder vaak als vrijheidsbeperking beschouwd, dan het algemene beeld laat zien; dit geldt ook voor het gebruik van lichte fixatiemiddelen, zoals diepe stoelen, of tafelsteunen. Opvallend is voorts dat de GVT's voor kinderen het gebruik van bedhekken (33,3%; n=9) en lichte fixatiematerialen (33,3%) minder vaak vrijheidsbeperkend vinden dan GVT's voor ouderen (beiden 65,6%; n=58)

Tijdens de interviews blijkt dat in de gezinsvervangende tehuizen een ruime definitie wordt gehanteerd van het begrip vrijheidsbeperkende maatregel, zo blijkt uit onder meer uit voorbeelden die worden gegeven.

*'Ik moet zeggen dat wij daar regelmatig over zitten te dubben wat een vrijheidsbeperkende maatregel is. Toen wij die nota bespraken, kwam dat als een van de vragen op. Wij geven iedereen een afgepaste hoeveelheid zakgeld per week. In wezen is dat al een vrijheidsbeperking vind ik. Dat doen wij puur, omdat ze dan niet hun maandsalaris in een dag doorheen draaien.'* (teamleider VGT)

*'Wanneer iemand binnen een groep leeft en als bedreiging geldt voor die groep. Op een gegeven moment zal deze van die groep moeten worden verwijderd, ondanks dat hij dat zelf niet zo wil. En dan gaat hij in de zogenaamde time-out of dan wordt hij naar zijn kamer gebracht. (...) Bedhekken kan als vrijheidsbeperkend worden gezien, het hoeft niet altijd zo te zijn natuurlijk. Want als iemand dubbel gehandicapt is en het gewoon nodig heeft om niet uit bed te vallen, dan kan ik het niet zien als vrijheidsbeperkend. Maar goed, het wordt volgens de wet wel bekeken als vrijheidsbeperkend.'* (begeleider GVT)

*'Wat ik onder vrijheidsbeperkingen versta... Nou, dat ze bijvoorbeeld, eerst mocht ze door het hele huis komen en nu hebben ze haar die vrijheid beperkt tot een bepaald stuk van de gang. En eerst mocht ze naar de wasserij toe om haar kleren er naartoe te brengen en weer op te halen in de linnenkamer. En dat is dus nu ook al beperkt. Nu mag ze daar niet meer langskomen, want dat geeft te veel prikkels om haar heen. Het is zelfs een poosje zo geweest, dan moest ze buitenom naar de linnenkamer toe om haar was op te halen. En daar waren wij het echt niet mee eens. Daarvan zeiden wij, dat is toch eigenlijk van de zotte. Ze woont hier binnen en dan moet ze niet buitenom, want daar doet ze ook weer allemaal prikkels op. Maar dat soort dingen dat versta ik onder vrijheidsbeperkingen.'* (vertegenwoordiger GVT)

*'Ik vind een vrijheidsbeperking dat de deuren worden gesloten en dat hij een slotje op zijn pak heeft bijvoorbeeld. Maar ik heb daar geen moeite mee, ik vind dat heel goed. Want anders trekt hij zijn pak uit. Als ze zijn kamer op slot moeten doen, dan doen ze dat om dat dat echt noodzakelijk is. Omdat hij anders anderen wat aan doet. Het liefst, dat hebben we geprobeerd, zetten we hem even in een prikkelarme omgeving, maar dat lukt eigenlijk ook niet. Maar het is gewoon af en toe nodig. En daar staan we volledig achter, alle twee, mijn man en ik.'* (vertegenwoordiger GVT)

### 7.5.1.2 Dagverblijven

**Tabel 7-5 Welke maatregelen zijn vrijheidsbeperkend, dagverblijven, in procenten**

Maatregel	KDV		DVO	
	Ranking	N=50	Ranking	N=41
1. Zware fixatie (o.a. Zweedse banden)	1.	92.0	1.	100.0
2. Afzondering	2.	84.0	3.	87.8
3. Deur op slot	3.	78.0	2.	95.1
4. Lichte fixatie (o.a. diepe stoel, tafelsteun e.d.)	4.	72.0	8.	70.7
5. Toedienen voedsel/vocht tegen wil	5.	68.0	4.	87.8
6. Sederende medicatie of psychofarmaca	6.	66.0	10.	73.2
7. Bedhekken plaatsen	7.	64.0	9.	73.2
8. Gecamoufleerd toedienen van medicatie	8.	58.0	11.	57.6
9. Controleren poststukken	9.	56.0	5.	82.9
10 Beperken telefoonverkeer	10.	52.0	6.	82.9
11 Beperken ontvangen bezoek	11.	52.0	7.	85.4
12 Gebruik belmat, deurmelder e.d.	12.	46.0	12.	46.3
13 Anders	13.	4.0	13.	2.4

Over het geheel gezien vinden dagverblijven voor kinderen de genoemde maatregelen minder vaak vrijheidsbeperkend dan dagverblijven voor ouderen. Dagverblijven voor ouderen vinden daarentegen maatregelen in het algemeen meer vrijheidsbeperkend dan andere instellingen. Opvallend is verder dat het gecamoufleerd toedienen van psychofarmaca door zowel dagverblijven voor ouderen als voor kinderen iets minder vaak als vrijheidsbeperkend wordt beschouwd dan andere instellingen.

Voor de respondenten vanuit de dagverblijven betekent het toepassen van vrijheidsbeperkingen in de praktijk van alledag vooral een cliënt even afzonderen.

*‘Een vrijheidsbeperking is iedere handeling die de vrijheid beperkt van een deelnemer. Wat wij dus wel eens doen, is iemand samen met een begeleider afzonderen. Iemand voor een dag of soms meerdere dagen zijn arbeid ontnemen. Hij dan wel komen, maar mag op dat moment niet met een beitel werken. Dat vinden we dan op dat moment te gevaarlijk. We gebruiken geen Zweedse banden, maar over het algemeen hebben we daar ook de doelgroep niet voor. We hebben hier te maken met licht verstandelijk gehandicapten, namelijk.’ (begeleider dagbestedingscentrum)*

*‘Onder vrijheidsbeperkingen versta ik afzonderen, maar natuurlijk ook het gedwongen geven van medicijnen, eten en drinken natuurlijk. Dat zijn dingen die we hier natuurlijk niet tegenkomen. Medicijnen komen eigenlijk hier ook bijna niet voor. Nee, het enige denk ik waar we hier op het randje mee zitten is inderdaad het afzonderen. Maar ik vind het wel zo’n twijfelgebied of dat inderdaad wel afzonderen is. We hebben een kantoor en daar wordt iemand wel eens even gezegd van, je kan daar wel je werk even doen. Dat is dan een persoon die wel eens agressief is geweest in de vorm van wel eens iets gericht weggooien in de richting van een begeleider. En dan wel harde of scherpe voorwerpen, zeg maar. En we zijn heel erg bezig met hem om te kijken van kunnen we dat nou niet voorkomen. We hebben daar inderdaad nu een signaleringsplan voor gemaakt. Maar als er situaties zijn, waarin je net nog ingespeeld bent op dat hele agressieve, waarin je denkt van even rust zou wel goed zijn, dan haal je hem even uit de groep en zet je hem in dat kantoor. En het is niet dat dan de deur op slot gaat. Hij blijft wel zitten dan. En het is op zich ook gewoon een kantoor waar iedereen naar binnen kan, terwijl hij daar zit, bij wijze van spreken. En daar komt hij dan even tot rust.’ (orthopedagoog dagbestedingscentrum)*

Het gecamoufleerd toedienen van medicijnen is tijdens de interviews in DVO's niet ter sprake ge-

komen. Mogelijk wordt dat in deze instellingen ook niet gedaan, en wordt deze maatregel daarom niet vrijheidsbeperkende gevonden.

#### **7.5.1.3 Logeerhuizen**

Bij de zeven logeerhuizen die aan het kwantitatieve onderzoek hebben meegewerkt, valt op dat het plaatsen van bedhekken door slechts één instelling vrijheidsbeperkend wordt gevonden, en het gebruik van belmatten, het controleren van de post, het beperken van telefoonverkeer en bezoek door twee. De overige maatregelen vinden de meesten wel beperkend.

In het logeershuis voor minderjarige verstandelijk gehandicapten wordt bij vrijheidsbeperkende maatregelen vooral aan dwang gedacht, maar tijdens de interviews blijkt dat het beleid er wel op gericht is om de definitie van vrijheidsbeperkingen zo ruim mogelijk op te vatten.

*‘Er is bijvoorbeeld ook een meisje dat in een rolstoel zit. Die slaapt bijna de gehele dag en dan zakt ze uit haar stoel. Bij haar mogen we een plankje voor de stoel doen, zodat ze niet uit de stoel zakt. Dit is ook een beperkende maatregel. Ondanks dat het meisje niet kan lopen, eigenlijk wel vreemd toch. Maar goed, om dit plankje te mogen plaatsen hebben we dit moeten vastleggen in het zorgdossier wat de ouders weer hebben moeten tekenen.’ (begeleider logeershuis kinderen)*

In het logeershuis voor ouderen hanteert men een ruimere opvatting van vrijheidsbeperkingen.

*‘We nemen heel veel maatregelen met beperkingen in de bewegingsvrijheid of in ruimtes. Bijvoorbeeld ruimtes waar schoonmaakmiddelen staan mogen de cliënten niet komen. Zoals dat ook thuis geldt voor kleine kinderen. De tuin is ook beschermd met tuinhekken. Het is gewoon te gevaarlijk als ze de weg opraken. Dat zijn allemaal dingen die wel geregistreerd worden, want je beperkt ze in hun bewegingsvrijheid. Terwijl we, als we in een bos zouden wonen de tuindeuren wel open zouden kunnen zetten, want dan komt niemand in gevaar. Verder mogen ze niet aan spullen van andere cliënten komen. Dus slaapkamers gaan dicht op verzoek. Verder is er de woonkamer als leefgedeelte en een keuken. Afhankelijk van de medecliënten wordt die ook afgesloten, of de kastjes.’ (locatiehoofd logeershuis ouderen)*

#### **7.5.1.4 SPD**

Ook de respondenten bij de SPD's denken bij vrijheidsbeperkende maatregelen aan situaties waarin dwang wordt gebruikt. Zelf hebben ze er in hun werk niet direct mee te maken.

*‘Ik zou geen inschatting kunnen maken of vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast bij onze cliënten. Dat vind ik moeilijk. Ik zou ook niet weten, hoe ik dat te weten zou moeten komen van onze cliënten eigenlijk. Het komt vast wel een keer in een rapportage te staan die naar ons gestuurd wordt. Voor in ons dossier. Maar het is niet zo dat dat expliciet in een dossier vermeld wordt, of dat in ieder geval apart bij ons gemeld wordt.’ (zorgconsulent SPD)*

#### **7.5.1.5 Thuiszorg**

In tegenstelling tot zorgaanbieders die zich uitsluitend bezighouden met verstandelijk gehandicaptenzorg geven in de sectoren waarin verstandelijk gehandicapten niet de enige doelgroep vormen, slechts weinigen geven in antwoord op de vraag wat onder vrijheidsbeperkingen moet worden verstaan een definitie. Dit gebeurt uitsluitend door enkelen die zeer goed op de hoogte zijn van het begrip. De meesten komen met voorbeelden van maatregelen die zij vrijheidsbeperkend achten. Uit de gegeven antwoorden blijkt dat in de gemengde settings kennis over wat onder een vrijheidsbeperking moet worden verstaan, wisselend is.

**Tabel 7-6 Welke maatregelen zijn vrijheidsbeperkend, thuiszorg, in procenten**

	Maatregel	Percentage N=51
1.	Zware fixatie (o.a. Zweedse banden)	92,2
2.	Deur op slot	84,3
3.	Afzondering	80,4
4.	Gecamoufleerd toedienen van medicatie	76,5
5.	Toedienen voedsel/vocht tegen wil	72,5
6.	Bedhekken plaatsen	68,6
7.	Controleren poststukken	68,6
8.	Beperken telefoonverkeer	68,6
9.	Lichte fixatie (o.a. diepe stoel, tafelsteun e.d.)	66,7
10.	Sederende medicatie of psychofarmaca	66,7
11.	Beperken ontvangen bezoek	66,7
12.	Gebruik belmat, deurmelder e.d.	39,2
13.	Anders	1,8

Ten opzichte van de andere instellingen die zich (mede) met verstandelijk gehandicaptenzorg bezighouden laat de thuiszorg nauwelijks een ander beeld zien. Wel wordt afzondering iets vaker en het gebruik van lichte fixatiemiddelen, en sederende medicatie wat minder vaak dan het algemene beeld laat zien, als vrijheidsbeperkende maatregelen worden beschouwd. Van deze maatregelen mag verwacht worden dat zorgverleners er in de thuiszorg vaker mee te maken krijgt dan maatregelen als zware fixatie, deur op slot of afzondering.

Tijdens de in de thuiszorg afgenomen interviews wordt door vrijwel alle respondenten het eerst verwezen naar het op slot doen van deuren als naar een definitie van vrijheidsbeperkingen wordt gevraagd. Ook het plaatsen van bedhekken wordt door de meeste respondenten wel als vrijheidsbeperking herkend, al vinden sommigen dat het meer een beschermende maatregel is, hetgeen dan weer niet vrijheidsbeperkend wordt geacht.

#### 7.5.1.6 Huisartsen

**Tabel 7-7 Welke maatregelen zijn vrijheidsbeperkend, huisartsen, in procenten**

	Maatregel	Percentage N=49
1.	Zware fixatie (o.a. Zweedse banden)	93,9
2.	Deur op slot	89,8
3.	Afzondering	81,6
4.	Beperken telefoonverkeer	79,6
5.	Toedienen voedsel/vocht tegen wil	75,5
6.	Beperken ontvangen bezoek	73,5
7.	Bedhekken plaatsen	71,4
8.	Controleren poststukken	69,4
9.	Gecamoufleerd toedienen van medicatie	65,3
10.	Lichte fixatie (o.a. diepe stoel, tafelsteun e.d.)	57,1
11.	Sederende medicatie of psychofarmaca	55,1
12.	Gebruik belmat, deurmelder e.d.	38,8
13.	Anders	0

Met name lichte fixatie en het gebruik van sederende medicatie of psychofarmaca wordt door huisartsen beduidend minder vaak dan gemiddeld als vrijheidsbeperkende maatregel gescoord,

afzondering en het afsluiten van deuren juist vaker. Van het gebruik van medicatie mag worden verwacht dat dit door huisartsen juist vaak zal worden gebruikt.

De geïnterviewde huisartsen denken bij toepassingen van vrijheidsbeperkingen het eerst aan fysieke vrijheidsbeperkingen, zoals het gebruik van Zweedse banden. Ook het op slot doen van deuren wordt als vrijheidsbeperking herkend. Dat geldt echter niet voor minder duidelijk beperkende maatregelen, zoals het gebruik van bedhekken, het plaatsen van een tafelsteun of iemand in een diepe stoel zetten waar hij niet zelfstandig uit kan komen.

#### 7.5.1.7 Ziekenhuisafdelingen

**Tabel 7-8 Welke maatregelen zijn vrijheidsbeperkend, ziekenhuisafdelingen, in procenten**

	Maatregel	Percentage N=195
1.	Zware fixatie (o.a. Zweedse banden)	97,4
2.	Deur op slot	80,0
3.	Sederende medicatie of psychofarmaca	74,9
4.	Lichte fixatie (o.a. diepe stoel, tafelsteun e.d.)	74,4
5.	Bedhekken plaatsen	73,8
6.	Toedienen voedsel/vocht tegen wil	64,1
7.	Beperken telefoonverkeer	60,5
8.	Afzondering	60,0
9.	Gecamoufleerd toedienen van medicatie	59,5
10.	Controleren poststukken	57,9
11.	Beperken ontvangen bezoek	55,4
12.	Gebruik belmat, deurmelder e.d.	40,0
13.	Anders	2,1

Het gebruik van sederende medicatie of psychofarmaca wordt in de ziekenhuizen relatief vaker beschouwd als vrijheidsbeperkende maatregel; het gecamoufleerd toedienen van medicatie echter minder vaak. Van beide middelen/maatregelen mag worden verwacht dat dit in ziekenhuizen geregeld wordt toegepast.

De meeste respondenten in de ziekenhuizen beschouwen eveneens met name fixeren als vrijheidsbeperking. Bij fixeren gaat het dan vooral om Zweedse banden of het gebruik van polsbandjes en dergelijke.

*‘In de praktijk betekent dat vaak fixeren, dus het vastleggen van patiënten met behulp van Zweedse banden of polsbanden, en daarnaast kan het ook zo zijn dat patiënten een afdelingsarrest krijgen; zo van ga niet buiten de deuren van de afdeling.(...) Het toepassen van bedhekken? Ja, ik neem aan dat dat hier ook wel voorkomt. In de praktijk wordt dat niet gezien als een vrijheidsbeperkende maatregel. Meer als een voorzorgsmaatregel om te voorkomen dat patiënten uit bed vallen’. (afdelingshoofd interne geneeskunde ziekenhuis)*

Ook uit andere interviews blijkt dat bedhekken lang niet altijd als vrijheidsbeperking worden gezien. Uit de interviews komt bovendien naar voren dat medicatie door artsen minder vaak dan andere respondenten een vrijheidsbeperkende maatregel gevonden wordt.

#### 7.5.1.8 Overig

Uit het interview met het RIO komt eveneens naar voren dat alleen duidelijk fysieke vrijheidsbeperkingen onder vrijheidsbeperkende maatregelen worden begrepen. Bij het LCIG daarentegen

hanteert men een definitie die overeenkomt met hetgeen onder het besluit middelen en maatregelen wordt begrepen.

#### 7.5.1.9 Conclusie

Opvallend bij alle tabellen in deze paragraaf is het feit dat de percentages over het geheel gezien vrij hoog zijn. Dit heeft mogelijk te maken met de wijze waarop de vraag gesteld is, waardoor respondenten wellicht een maatregel eerder als vrijheidsbeperking zien dan zij in de praktijk zouden doen. Het kan daardoor zijn dat de percentages hoger uitvallen, zonder dat zij echter afbreuk doen aan de betrouwbaarheid van de onderlinge relativiteit.

Vrijheidsbeperkende maatregelen roepen bij aanbieders van zorg voor verstandelijk gehandicapten vooral een associatie op met fysieke vrijheidsbeperkingen. Het gebruik van Zweedse banden en andere zware fixatiemiddelen, en het afsluiten van deuren, beantwoorden het meest aan dat beeld. Ook tijdens de interviews komt dit naar voren. Een vrijheidsbeperkende maatregel waar door respondenten wisselend tegenaan wordt gekeken is sederende medicatie en psychofarmaca. Op dit onderwerp wordt in de volgende paragraaf nader ingegaan.

Een ander punt dat er in deze paragraaf uitspringt is het feit dat enkele respondentengroepen vrijheidsbeperkende maatregelen, waarvan mag worden verwacht dat ze die zelf geregeld toepassen, minder vaak dan gemiddeld als vrijheidsbeperkende maatregel beschouwen. Het betreft met name de thuiszorg, en huisartsen, twee sectoren die zich niet speciaal op verstandelijk gehandicapte cliënten richten.

#### 7.5.2 Medicatie als vrijheidsbeperking?

Uit eerdere onderzoeken, zoals de evaluatie van de Wet Bopz en de toepassing van vrijheidsbeperkingen in verzorgingshuizen, is gebleken dat men in het veld medicatie, en dan met name psychofarmaca en sederende medicatie in het algemeen niet als vrijheidsbeperking ziet. (Arends, et al., 2002; Arends en Stigter, 2003) Ook in dit onderzoek is toepassing van deze vormen van medicatie onderwerp van studie geweest. Gekeken is hoe respondenten ertegenaan kijken en tevens is onderzocht of het gebruikt wordt en om welke redenen.

Ruim tweederde van de respondenten in het kwantitatieve onderzoek noemt medicatie een vrijheidsbeperkend middel. Verdeeld over de verschillende respondentengroepen blijkt het het vaakst door ziekenhuisafdelingen en het minst vaak door huisartsen als zodanig te worden gezien.

Op centraal niveau bij concerns voor verstandelijk gehandicaptenzorg wordt medicatie door de meeste respondenten niet als vrijheidsbeperkende maatregel beschouwd.

*'Natuurlijk gebruiken enkele mensen psychofarmaca. Die mensen zijn net als jij en ik naar de arts geweest en die hebben medicatie gekregen. En daar zit psychofarmaca bij. Ja dat kan. Als ik naar twee GVT's hier in de buurt kijk dan is bij X [naam GVT] er geen bewoner die het niet heeft, en bij Y [naam GVT] zijn er twee. (sectormanager concern verstandelijk gehandicaptenzorg)*

*'Het enige dat onder vrijheidsbeperkende middelen of maatregelen wordt geregistreerd is medicatie onder dwang. Dus dat de cliënt of de vertegenwoordiger daar geen toestemming voor verleent. Dan wordt het geregistreerd onder de M&M's. Terwijl het andere wel wordt geregistreerd, maar niet onder de M&M's. In principe ga je ervan uit dat de arts en cliënt een afspraak met elkaar maken. Als de cliënt ermee akkoord gaat dan is het geen medicatie onder dwang.*

Sommige respondenten zijn van mening dat naar het medicijngebruik beter gekeken zou moeten worden, omdat het dikwijls als alternatief voor een fysieke vrijheidsbeperking wordt gebruikt en de gevolgen in sommige gevallen minstens zo ingrijpend zijn.

*'Je kunt er wel prat op gaan dat we formeel gezien steeds minder vormen van vrijheidsbeperking hebben, maar als dat betekent dat het medicijngebruik toegenomen is, dan ben je eigenlijk op de verkeerde weg. (beleidsverantwoordelijke concern verstandelijk gehandicaptenzorg)*

*'Ik ben zelf vroeger huisarts bij een klassieke GVT geweest. En daar kwamen allemaal mensen binnen, die potten met medicijnen met psychofarmaca bij zich hadden. Waarmee ik maar zeggen wil dat heel veel mensen met een verstandelijke beperking in het zorgcircuit terecht zijn gekomen om medicatie te krijgen om wat voor redenen dan ook, zonder dat echt de afweging is gemaakt van wat zou er nou gebeuren als hij het niet krijgt. Zonder dat nog traceerbaar is bijvoorbeeld uit de ziektegeschiedenis dat toen hij die medicatie niet kreeg dat hij toen door het lint ging. Bovendien is de gewoonte in Nederlandse huisartsenpraktijken nog steeds zo dat eenmaal gegeven medicijnen zelden ter discussie worden gesteld en zolang zo'n voorziening zich dus koest houdt, omdat de medewerkers niet al te veel last ondervinden en de cliënten ook gewillig meegaan met het busje 's morgens, gaat het voorschrijven van dat soort medicijnen gewoon door. En dan signaleer ik dus dat er een feitelijke vrijheidsbeperking is' (zorgmanager concern verstandelijk gehandicaptenzorg)*

### **7.5.2.1 Gezinsvervangende tehuizen**

Tijdens interviews met respondenten uit GVT's blijkt dat medicijnen geregeld door cliënten gebruikt worden, maar men ziet daar de verantwoordelijkheid voor meestal meer bij de artsen liggen, omdat die de medicijnen voorschrijven. In het algemeen wordt het gebruik van medicijnen dan ook niet als een vrijheidsbeperkende maatregel gezien.

*'Het gebeurt helemaal buiten ons om. We hebben hier cliënten die onder behandeling zijn van een psychiater. Die adviseert meestal een beetje. Dat kan zijn in de vorm van medicatie of een gesprekje. Maar wij hebben hier een bewoner en die zit van tijd tot tijd in een psychose. Die krijgt gewoon medicatie' (teamleider GVT)*

Eén respondent beaamt dat het zo werkt, maar plaatst wel vraagtekens bij deze gang van zaken.

*'Ik heb pas een bewoner gehad met een laag niveau. Dus hij begrijpt niet alles. We zijn met hem mee geweest naar het RIAGG, naar de psychiater. Die jongen die kwijlde behoorlijk. De psychiater zegt dat het een combinatie is van de medicatie. Als er een iets andere combinatie komt, zou het kwijlen ophouden. Dat klinkt als een logisch verhaal. Dat gingen we dus ook doen. Vervolgens raakt hij zwaar in de put en begint te trillen. Hij kreeg allerlei nevenverschijnselen. Op dat moment heb ik wel zoiets van wat zitten wij nu eigenlijk te doen? Ik bedoel hij is bij dat gesprek, maar in wezen walsen wij over hem heen. Hij heeft waarschijnlijk geen last van het kwijlen zelf, of niet zo erg. En vervolgens vinden wij dat het er niet uitziet en gaan we zomaar de medicatie veranderen. In die zin koppel ik dat ook wel aan een vorm van een vrijheidsbeperking. We luisteren totaal niet naar hem. Vervolgens laat hij wel zien hoe lastig dit voor hem is en wij proberen het dan wel weer zo draaglijk mogelijk te krijgen voor hem. Ja, we bemoeien ons nogal behoorlijk met zijn leven en zonder dat hij daarom vraagt. Je probeert eigenlijk het goede te doen, maar ondertussen door het op die manier te doen ben je vrijheidsbeperkend bezig.' (teamleider VGT)*

Dat medicijnen worden gebruikt om gedrag te reguleren als alternatief voor vrijheidsbeperkingen blijkt uit het volgende citaat van een vertegenwoordiger.

*'Toen heeft hij voor het eerst medicijnen gehad om tot rust te komen. Hij heeft nooit medicijnen gehad, maar hij werd zo agressief. Je kon helemaal niets meer met hem beginnen, het werd steeds erger. En toen hebben we een gesprek gehad met een arts en toen kreeg hij twee tabletten op een dag, maar daar werd hij helemaal een zombie van. Dat hebben we teruggeschroefd naar één. Het gaat nu wel een stuk beter met hem. Hij is niet meer in fase vier geweest, zoals ze dat noemen. Fase vier dan is er helemaal niks meer met hem te doen. Het is wel gebeurd, maar nu niet meer.' (vertegenwoordiger GVT)*

### **7.5.2.2 Dagverblijven**

Bij de dagverblijven blijft de medicatie vrijwel helemaal buiten beeld, hoewel bij een van de centra wordt gesteld dat ruim twee derde van de cliënten psychofarmaca of sederende medica-

tie gebruikt. Medicatie wordt volgens respondenten vanuit woonvoorzieningen voorgeschreven; het gaat buiten de dagbestedingscentra om. Wel worden in sommige gevallen door de medewerkers gedurende de dag medicijnen verstrekt. Bij twee van de drie dagbestedingscentra vindt er geen goed overleg plaats over de medicatie met andere zorgaanbieders, hetgeen door sommigen als lastig wordt ervaren.

*'We hebben hier geen overleg over het medicijngebruik met artsen. Ik werk ook nog wel binnen een woonsetting, en daar doe ik dat wel inderdaad. Maar niet vanuit het werk. Dat is iets wat echt bij het wonen hoort. Ik vind dat niet goed. Want het kan voorkomen dat door aanpassingen in de medicatie andere vrijheidsbeperkingen voorkomen kunnen worden. Maar dat zijn dingen waar we ons binnen een werksetting helemaal niet bemoeien. Dat is iets wat helemaal bij de woonsetting hoort. De communicatie tussen wonen en werk is ook niet optimaal. Ik vraag me af of we op de hoogte zouden worden gesteld als ze binnen het wonen bijvoorbeeld de medicatie besluiten af te bouwen (orthopedagoog dagbestedingscentrum)'*

*'Wij zijn niet betrokken bij de medicatie, maar de effecten zijn hier wel. Als je vanuit de woonvoorziening daar wat mee zou kunnen, dan hebben wij hier ook andere effecten. De mensen hebben tenslotte de meeste van hun wakkere uren binnen de dagbesteding. Wij hebben daar geen structureel overleg over, maar ik vind dat dat wel zou moeten. Met name rondom de mensen die ontspreken. Er zou dan wel wat meer kunnen, ja. (dagbestedingscentrum)*

Medicatie wordt op zichzelf niet direct als vrijheidsbeperking gezien, maar men signaleert wel dat het gebruik ervan leidt tot veranderingen in gedrag bij cliënten. Dit kan overigens een in hun ogen positieve verandering zijn, maar ook een negatieve.

Bij het derde dagbestedingscentrum is het overleg over medicatie beter geregeld. De arts komt weliswaar niet langs en er is ook geen overleg mee, maar met woonvoorzieningen vindt wel structureel overleg plaats en hier komt ook het medicijngebruik ter sprake.

*'Overleg inzake medicijngebruik gaat altijd in samenspraak met wonen. We hebben hier een heel goed contact met ze. Bij het afbouwen van de medicatie worden wij op de hoogte gesteld. Dan weten wij ook dat er iets kan veranderen in de situatie. Wij houden dat even in de gaten, maar het is niet zo dat de arts hier binnen staat om te kijken hoe het hier in zijn werk gaat.'* (teamleider dagbestedingscentrum)

### **7.5.2.3 Logeerhuizen**

In de logeerhuizen zijn de contacten meestal te kort om een beleid inzake het medicijngebruik te ontwikkelen. Het beleid dat thuis al is afgesproken, wordt gewoon uitgevoerd. Medicijnen worden niet als vrijheidsbeperkende maatregelen beschouwd.

### **7.5.2.4 SPD's**

Van de vijf SPD's die de vraag over welke maatregelen vrijheidsbeperkend zijn invulden, vinden er drie dat sederende medicatie en psychofarmaca als zodanig kunnen worden beschouwd. Bij SPD's blijft het medicijngebruik van de cliënten in het algemeen buiten beeld en is daarom tijdens de interviews niet verder besproken.

### **7.5.2.5 Thuiszorg**

In de thuiszorg worden sederende medicatie en psychofarmaca meestal niet als vrijheidsbeperkende maatregelen gezien. Opvallend is echter dat twee respondenten van twee verschillende thuiszorginstellingen dit wel doen. Zij geven niet alleen aan dat zij van mening zijn dat deze vormen van medicatie als vrijheidsbeperking gezien moeten worden, maar geven aan dat dit in de praktijk ook op deze manier ook gebruikt wordt. Ook uit interviews met respondenten van andere thuiszorginstellingen blijkt dat medicatie als alternatief voor vrijheidsbeperkingen toegepast wordt. Deze voorbeelden spelen echter meer op het terrein van de psychogeriatric dan bij verstandelijk gehandicapten.



#### 7.5.2.6 Huisartsen

Huisartsen zien het verstrekken van sederende medicatie en psychofarmaca veel minder dan andere zorgaanbieders als vrijheidsbeperkende maatregel. Ook tijdens de interviews blijkt dat de ondervraagde huisartsen medicatie niet als vrijheidsbeperkende maatregel beschouwen. De meeste artsen benadrukken vooral het feit dat medicatie niet wordt voorgeschreven om de vrijheid te beperken, maar onrust weg te nemen of om de patiënt 'hanteerbaar' te houden.

*'(...) zodat hij rustig is en de kunst is dan natuurlijk om het zo te creëren dat hij niet als een zombie rondloopt, want dat is ook de bedoeling niet. Maar dat hij hanteerbaar is, laat ik het zo maar zeggen. (huisarts)*

Eén huisarts geeft desgevraagd toe dat het toedienen van medicatie wel degelijk vrijheidsbeperkend kan zijn, maar betoogt eveneens dat het afhangt van de reden waarom die medicatie wordt toegediend.

*'Je kan het ook doen als mensen zoveel last hebben van onrust. Dat ze weinig toegankelijk zijn. Er zitten meer kanten aan. In die gevallen noem ik het niet vrijheidsbeperkend. Met medicijnen is het lastig. Als jij bejaarden zoveel geeft dat ze zitten te suffen, dan vind ik het wel vrijheidsbeperkend. Dan heb je er geen last van, maar je ontnemt mensen wel de vrijheid.'* (huisarts)

Desgevraagd vertelt deze huisarts dat het gebruik van medicatie als vrijheidsbeperking bij de verstandelijk gehandicapten in haar praktijk niet voorkomt. Integendeel, bij de verstandelijk gehandicapte patiënten die vanuit een intramurale instelling bij haar terecht zijn gekomen probeert zij de medicijnen zoveel mogelijk af te bouwen en is zij extra alert om verzoeken van verzorgenden om sederende medicatie of psychofarmaca niet zonder meer in te willigen.

#### 7.5.2.7 Ziekenhuisafdelingen

Ook in ziekenhuizen ziet, in tegenstelling tot wat uit het kwantitatieve onderzoek naar voren komt, slechts een enkeling het gebruik van medicatie als een vrijheidsbeperkende maatregel. Verreweg de meesten beschouwen het niet als vrijheidsbeperking, maar gebruiken medicatie wel als alternatief voor fysieke vrijheidsbeperkingen. Dit kan zowel bij psychogeriatrische, verstandelijk gehandicapte als bij andere patiënten het geval zijn. Of medicatie wordt toegepast hangt af van het feit of daartoe een indicatie is.

#### 7.5.2.8 Het gecamoufleerd toedienen van medicatie

Tijdens de interviews is nergens gebleken dat het gecamoufleerd toedienen van medicatie in de praktijk frequent wordt toegepast. Een geneesheer-directeur van een van de zorgconcerns beweert dat haar bij de extramurale settings in haar instelling slechts één geval bekend is, waarbij dit strikt noodzakelijk is. Geen van de respondenten geeft verder aan dat het toedienen van medicatie in de praktijk wel eens een probleem vormt. Medicatie wordt in het algemeen ingenomen, en als er ooit onenigheid over is komt men er met praten uit.

In de gemengde sectoren komt het gecamoufleerd toedienen van medicatie veel meer voor, maar ook hier is het geen specifiek probleem bij verstandelijk gehandicapten. Het wordt vooral gebruikt bij psychogeriatrische cliënten.

#### 7.5.2.9 Conclusie

In deze paragraaf is nader ingegaan op de vraag in hoeverre het veld het gebruik van sederende medicatie en psychofarmaca als vrijheidsbeperkende maatregel ziet. De tabellen in paragraaf 7.5.1 laten zien dat ruim tweederde van alle respondenten dit inderdaad als vrijheidsbeperking beschouwt. Dat de percentages in het kwantitatief onderzoek met betrekking tot het beschouwen van medicatie als vrijheidsbeperking, vrij hoog zijn, heeft, zoals in paragraaf 7.5.1.9 uiteengezet werd, mogelijk te maken met de wijze waarop de vraag gesteld is, waardoor respondenten wellicht een maatregel eerder als vrijheidsbeperking zien dan zij in de praktijk zouden doen.

Bij instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg vinden enkele respondenten op centraal niveau toepassingen van medicatie een vrijheidsbeperkende maatregel. Bij de zorgvormen zelf is dit veel minder het geval. Veel zorgvormen hebben ook niet of nauwelijks invloed op het medicijngebruik. Dit gebeurt voornamelijk elders (dagverblijven, logeerhuizen). Gezinsvervangende tehuizen vinden de medicatie meer iets voor een arts, en bemoeien zich zelf minder met het beleid hierover. Toch blijkt dat het gebruik wordt afgewogen tegen het toepassen van fysieke vrijheidsbeperkingen, hetgeen laat zien dat beide middelen of maatregelen wel degelijk ingrijpen op hetzelfde gedrag van cliënten.

De geïnterviewde artsen ervaren medicatie minder dan andere respondenten als vrijheidsbeperkend. Dit heeft met name te maken met het feit dat de redenen waarom de medicatie wordt gegeven in de ogen van de respondenten weinig te maken hebben met het beperken van de vrijheid.

Gecamoufleerde medicatie lijkt met betrekking tot verstandelijk gehandicapten bij de onderzochte zorgvormen nauwelijks voor te komen.

### 7.5.3 Het vóórkomen van vrijheidsbeperkingen

#### 7.5.3.1 Algemeen]

“

Een kernvraag in dit onderzoek is de vraag of toepassingen van vrijheidsbeperkingen bij de verschillende zorgaanbieders voorkomen.

Aan respondenten van het kwantitatieve onderzoek is gevraagd of zij wilden aangeven wanneer vrijheidsbeperkende maatregelen binnen de eigen setting nooit voorkomen. Het antwoord op deze vraag is een indicatie voor de mate waarin instellingen wél met vrijheidsbeperkende maatregelen te maken krijgen.

Voor een antwoord op deze vraag zijn de respondenten van het non-responsonderzoek en de grote vragenlijst bij elkaar genomen, omdat uit de resultaten van de non-responsenquête bleek dat een niet te verwaarlozen groep niet reageerde vanwege het feit dat men geen zorg verleen- de aan psychogeriatrische patiënten of verstandelijk gehandicapten, dan wel omdat men binnen de eigen setting geen vrijheidsbeperkende maatregelen toepast. In de uiteindelijke berekening zijn de instellingen die geen zorg verlenen aan de doelgroepen niet meegenomen, omdat die geen vrijheidsbeperkingen op psychogeriatrische cliënten of verstandelijk gehandicapten kunnen toepassen. Van de overigen is berekend welk percentage geen vrijheidsbeperkende maatregelen toepast, en welk percentage er dus wel mee te maken heeft.

**Tabel 7-9 Vrijheidsbeperkende maatregelen bij verstandelijk gehandicapten, door zorgaanbieders die met deze cliënten te maken hebben; in procenten**

Zorgaanbieder	N	Geen vbm	Toepassing vbm	Overall
Logeerhuizen	7	0	0,0	100,0
Ziekenhuisafdelingen	386	17	4,4	95,6
GVT kinderen	13	1	7,7	92,3
Kinderdagverblijven	74	7	9,5	90,5
Thuiszorg-gewoon	73	17	23,3	76,7
Dagverblijven ouderen	76	18	23,7	76,3
Huisartsen	101	29	28,7	71,3
Thuiszorg-commercieel	40	12	30,0	70,0
GVT ouderen	93	28	30,1	69,9
SPD	30	16	53,3	46,7

Totaal	893	145	16,2	83,8	72,8
--------	-----	-----	------	------	------

Het betreft toepassingen bij aanbieders van zorg die met de cliëntengroepen te maken hebben. Over het geheel gezien (laatste kolom) liggen de percentages lager, hetgeen met name bij huisartsen veel uitmaakt. Iets minder dan de helft van de huisartsen wordt in de praktijk met vrijheidsbeperkende maatregelen geconfronteerd.

Verder valt op in de tabel dat aanbieders van zorg voor verstandelijk gehandicapte kinderen meer vrijheidsbeperkingen toepassen dan die voor ouderen. Dit wordt bevestigd tijdens interviews in het veld.

Tot slot moet bij Tabel 7-9 worden opgemerkt dat de tabel voor zorgaanbieders die zich niet uitsluitend met zorg aan verstandelijk gehandicapten bezighouden een vertekend beeld geeft: voor alle drie de zorgaanbieders geldt dat deze in de praktijk in het algemeen beduidend minder met verstandelijk gehandicapte dan met psychogeriatrische patiënten te maken krijgen. Daarom zullen vrijheidsbeperkingen bij deze cliëntengroep ook veel minder vaak voorkomen. De vraag waaruit het aantal zorgaanbieders gedestilleerd is dat vrijheidsbeperkingen worden toegepast, maakt echter geen onderscheid tussen beide cliëntengroepen, zodat het werkelijke aantal zorgaanbieders hier moeilijk te bepalen is. De aantallen die in de volgende paragrafen van de betreffende zorgaanbieders worden gegeven kunnen als ondergrens gelden.

**Tabel 7-10 Meest voorkomende vrijheidsbeperkingen in 2002 bij aanbieders van zorg aan verstandelijk gehandicapten, toegepast in het kader van een overeenkomst, in procenten**

Vrijheidsbeperkende maatregel	Gemengde instellingen n=97	Uitsluitend vg n=134	Totaal n=231
1. Afzondering	8,0	34,3	24,3
2. Medicatie	13,6	29,9	23,9
3. Lichte fixatie	11,4	27,6	20,7
4. Zware fixatie	12,5	25,4	20,7
5. Deur op slot	2,3	20,9	18,5
6. Bedhekken	20,5	14,9	17,6
7. Belmat	0,0	11,9	7,7
8. Gecamoufleerde medicatie	3,4	8,2	6,8
9. Beperking telefoonverkeer	0,0	8,2	5,4
10. Controle post	0,0	6,0	4,1
11. Beperkingen ontvangen bezoek	4,5	3,7	4,1
12. Voedsel/vocht tegen wil	0,0	4,5	3,2

De percentages voor ziekenhuisafdelingen, thuiszorginstellingen en huisartsen zijn berekend over het aantal zorgaanbieders dat heeft aangegeven dat het zorg verleent aan mensen met een verstandelijke handicap. Dat is 23,1% van de ziekenhuisafdelingen (n=195), 26,4% van de thuiszorginstellingen (n=53) en 60% van de huisartsen (n=50). Voor de wijze waarop de zorg is georganiseerd is met het totale aantal zorgaanbieders gerekend, omdat het hiervoor niet uitmaakt of zorg wordt verleend aan psychogeriatrische patiënten of verstandelijk gehandicapten, zo blijkt tevens uit de interviews.

Als zorgaanbieders vrijheidsbeperkingen in 2002 hebben toegepast, vond dit in de meeste gevallen bij minder dan 15 cliënten plaats. Het gebruik van fixatiematerialen vond bij enkele zorgaanbieders bij meer patiënten plaats, met name bij ziekenhuisafdelingen. Ook sederende medicatie en psychofarmaca werd bij enkele zorgaanbieders bij meer cliënten toegepast, te weten bij enkele GVT's (tot 20 cliënten) en een thuiszorginstelling (tussen 40 en 100 cliënten). Vijf kinderdagverblijven en twee dagverblijven voor ouderen deden de deur op slot bij 30 tot 60 cliënten.

Zorgaanbieders die zich uitsluitend met zorg aan verstandelijk gehandicapten bezighouden (GVT's, KDV's DVO's en logeerhuizen), passen beduidend vaker dan instellingen die niet uitsluitend met zorg aan verstandelijk gehandicapten afzondering toe. Bedekken worden beduidend vaker in de laatste groep instellingen gebruikt. Voor het overige verschillen weliswaar de percentages, maar komt de onderlinge rangorde van vrijheidsbeperkingen die het meest voorkomen, behoorlijk overeen.

Op centraal niveau bestaat over het algemeen de indruk dat vrijheidsbeperkingen op plaatsen waar de Wet Bopz niet van toepassing is niet veel voorkomen, hoewel, zoals in deze paragraaf uiteen zal worden gezet, de frequentie de laatste jaren is toegenomen. Als cliënten in hun vrijheden worden beperkt gaat het vooral om afzondering op de eigen kamer, of in een andere ruimte in het pand die daartoe geschikt wordt geacht. Twee GVT's hebben een speciale afzonderingsruimte. Verder komen individuele beperkingen geregeld voor, zoals het beperken van roken of drinken, of van het gebruik van de telefoon.

*'Bijvoorbeeld je legt de shag in de kast en een bewoner mag er maar tien per dag roken. Dan beperk je hem toch dat hij niet de hele dag doorrookt. Dat is een vrijheidsbeperkende maatregel en van die orde zijn er nog meer binnen het GVT' (sectormanager concern verstandelijk gehandicaptenzorg)*

*'Wat ook wel eens voorkomt is dat cliënten de toegang wordt ontzegd voor een bepaalde ruimte, omdat hij anders die hele ruimte op stelten zet. Het is ook vaak oorzaak en gevolg hè? Kijk, als wij iemand onthouden van sigaretten, om te voorkomen dat hij daarmee vuurtje gaat stoken, vind ik niet dat wij iemand onthouden om sigaretten te roken. Maar we beschermen de hele voorziening tegen het mogelijk gevaar van brandstichting. Eigenlijk is het sociaal isoleren van een cliënt het meest gebruikte M&M.' (clusterhoofd concern verstandelijk gehandicaptenzorg)*

*'In GVT's zie je ook wel eens een verbod op telefoneren. Dat ze mensen gaan lastig vallen. En dan kunnen er afspraken worden gemaakt. In principe belemmer je mensen, omdat ze dan alleen op bepaalde avonden mogen bellen, of belminuten krijgen. En dat registreren wij dus. Maar voor cliënten is het wel verbeterd ten opzichte van vroeger. Toen werden er in GVT's belavonden gehouden, bijvoorbeeld maandagavond tussen zeven en negen uur. Had jij bijvoorbeeld je knie gestoten op donderdag dan kon je niet naar huis toe bellen. En nu is dat echt veranderd. Dat is mede dankzij de Bopz en de manier waarop wij dat in de organisatie, ook bij GVT's, verkondigen.' (beleidsmedewerker concern verstandelijk gehandicaptenzorg)*

Een zorgmanager van een van de zorgconcerns stelt dat sommige verstandelijk gehandicapten wel dagelijks bloot staan aan vrijheidsbeperkende maatregelen.

*'Er zijn maatregelen bij cliënten ook in een semi-murale voorziening die dagelijks nodig zijn. Het gebruik van beddekken bijvoorbeeld, want dat is vanuit de Bopz een dwangmiddel en maatregel. Er zijn ook bepaalde M&M bijvoorbeeld bij mensen met autistisch gedrag die veel te gestructureerd hun activiteiten krijgen aangeboden in een kamertje apart. Daar is vaak de deur afgesloten of er is een halve deur met de bedoeling om zo min mogelijk contact met de omgeving te hebben, om toch gestructureerd en met niet al te veel chaos het werk te kunnen doen. Formeel gezien is dat denk ik ook een maatregel in het kader van de Bopz. Je beperkt iemand in zijn bewegingsvrijheid, maar wel vanuit een bepaalde insteek. Ik denk dat het in totaal zo'n veertig tot vijftig mensen zijn niet-*

*intramuraal waar middelen en maatregelen gebruikt worden.’ (zorgmanager concern verstandelijk gehandicaptenzorg)*

Volgens de respondenten komen in hun ogen zware ingrepen, zoals separatie of de toepassing van Zweedse banden op niet-Bopz-plaatsen niet voor. Mochten deze maatregelen strikt noodzakelijk zijn en dus niet op een andere wijze kunnen worden opgelost, dan wordt iemand tijdelijk overgeplaatst naar een intramurale locatie.

### 7.5.3.2 Gezinsvervangende tehuizen

**Tabel 7-11 Meest voorkomende vrijheidsbeperkingen in 2002 bij verstandelijk gehandicapten, toegepast in het kader van een overeenkomst, in GVT's, in procenten**

Vrijheidsbeperkende maatregel	N=55
1. Afzondering	29,1
2. Medicatie	23,6
3. Belmat	21,8
4. Deur op slot	20,0
5. Beperking telefoonverkeer	14,5
6. Bedhekken	12,7
7. Lichte fixatie	10,9
8. Controle post	10,9
9. Zware fixatie	9,1
10. Gecamoufleerde medicatie	3,6
11. Beperkingen ontvangen bezoek	3,6
12. Voedsel/vocht tegen wil	1,8

Uit de interviews met respondenten uit gezinsvervangende tehuizen blijkt dat afzondering en individuele beperkingen het meest worden gebruikt. Sommige bewoners mogen niet zelfstandig naar buiten. Afzondering gebeurt bij sommigen in een speciaal daartoe ingerichte ruimte, afzonderingsruimte of time-out-kamer genoemd, en bij anderen op de eigen kamer.

*‘De bewoner die je net zag die mag niet naar buiten. Die beperken we inderdaad gewoon bij de deur. Dat komt omdat hij een seksueel misbruikverhaal als dader en als slachtoffer heeft. We zijn ervan overtuigd dat in de groep waarin hij woont meteen gemeld wordt als hij iets doet. Daardoor is dat gevaar er niet meer en kan hij hier wonen. Anders zou hij naar een intramurale instelling toe moeten. Hij is hierheen geplaatst om toch nog zo normaal mogelijk te kunnen leven. Hij uit zijn spanning in obsessief masturberen, waardoor hij dat anders op straat zou doen en hij ook kleine kinderen zou kunnen lastigvallen. Dus het is het beste om hem binnen te houden om de maatschappij te beschermen.’ (teamleider VGT)*

*‘Het gebruikmaken van de time-out komt hier, ik kan haast wel zeggen, wekelijks voor. Dat ligt wel een beetje aan periodes. Nu op dit moment zijn er wat nieuwe mensen en dan zie je toch dat er weer vaker gebruik wordt gemaakt van de time-out, dat er toch meer onrust is, in vergelijking met periodes dat gewoon het vaste team draait en er weinig vernieuwingen zijn in medewerkers of in bewoners.’ (locatiehoofd GVT)*

*‘Afzondering op de eigen kamer gebeurt bijna dagelijks op momenten. Verder hebben we ook een bewoner die ’s nachts wel eens op en neer loopt. En als de nachtdienst dan een ronde moet doen bij andere woningen, dan gaat de deur van die persoon op slot. Dus dat is dan eigenlijk ook al een vrijheidsbeperking, maar in zo’n kleine vorm.’ (locatiemanager GVT)*

*‘We hebben een cliënt gehad die experimenteerde met lucifers. We hebben ook brand gehad. Deze cliënt moesten we daarom fouilleren iedere avond en zijn kamer werd onderzocht. Dat soort dingen, ja, dat zijn ingrepen. Het alternatief was terugsturen naar een intramurale setting waar je het*

*wel makkelijker kan doen, maar dat past niet altijd in een bepaald begeleidingsprogramma, ja dat is dan veel ingrijpender dan dat je die maatregel toepast bij ons in het GVT.'* (locatiehoofd GVT)

*'Bij ons komen individuele beperkingen voor, zoals het beperken van rookgedrag. Je kunt van alles bedenken. We hebben hier iemand die niet alles mag opschrijven in haar brief. Ze brengt mensen van slag met wat ze opschrijft. Je laat eerst dus de brief lezen en dan sturen we het pas op. Dat is ook redelijk vrijheidsbeperkend. We hebben ook een cliënt die moet voor twaalf uur terug zijn van het café. Anders heeft hij de neiging om heel veel te drinken. Of het zo vrijheidsbeperkend is, dat weet ik niet. Want hij verzet zich niet.'* (vestigingshoofd VGT)

De geïnterviewde vertegenwoordigers maken ook wel eens mee dat er vrijheidsbeperkingen worden toegepast bij hun familielid. Hen wordt echter niet steeds opnieuw om toestemming gevraagd.

*'Mijn dochter kan zich zo vreselijk bemoeien met iedereen en alles wat er om haar heen gebeurt. En daar zijn andere bewoners niet van gediend. En zij zal de zaken dan wel even regelen, en vaak heeft ze dan ook wel gelijk, want het moet precies zo en volgens het boekje. Maar zij heeft zich er niet mee te bemoeien. Maar dan dramt ze door en dan is ze op het laatst niet meer te hanteren en dan moet ze toch in de time-out. De deur gaat dan ook op slot. Ik heb daar wel problemen mee, want dat is niet leuk. En ze wordt er soms ook wel hardhandig naartoe gebracht. Ik ben hier ook wel eens geweest, terwijl ze daar zat. Dat doet je als ouder heel veel pijn, dat is verschrikkelijk. Maar ja, we vinden wel dat als het niet anders kan dan moet dat gewoon. Want thuis zou je soms ook wel zo'n time-out willen hebben, hè als ze dan eens thuis is. Maar ja, als je de mogelijkheden hier hebt, dan zeggen wij wanneer het echt nodig is, dan kan het niet anders. We worden niet steeds op de hoogte gebracht. Het staat gewoon in het zorgplan.'* (vertegenwoordiger GVT)

Conform hetgeen op centraal niveau van enkele zorgconcerns werd gesteld, wordt bij enkele VGT's wordt in sommige gevallen een bewoner, als deze zodanig doordraait dat hij in de groep niet meer te handhaven is, tijdelijk naar een intramurale instelling overgebracht om daar te worden gesepareerd.

*'Wij hebben geen time-outruimte. Iemand kan best wel even een sanctie hebben, maar dan meer door middel van het lichaam. Nou, dat is in het verleden wel eens een keer voorgevallen. Maar voor de rest hebben we in samenwerking met de GGZ een time-out functie met een naburige instelling en dan kunnen mensen even voor een korte periode opgenomen worden, zodat iemand tot rust kan komen.'* (teamleider VGT)

Zoals in de vorige paragraaf werd beschreven, hebben verschillende bewoners van GVT's sederende medicatie en/of psychofarmaca, bedoeld om het gedrag te beïnvloeden en daardoor soms ook met een vrijheidsbeperkende werking.

*'Eigenlijk ben ik niet zo tegen de wil medicijnen toedienen, maar het is laatst wel gebeurd. Door een cliënt die een trouwerij heeft gehad. Deze cliënt gebruikt geen medicatie, maar bij hem is op verzoek van de familie rustgevendende medicatie toegediend zonder medeweten van de cliënt. Dit kwam dus niet van ons uit. Maar het was gewoon zodat hij niet uit de band zou springen tijdens die trouwerij, op uitdrukkelijk verzoek van de familie.'* (begeleider GVT)

Bij de enkele GVT's stellen respondenten dat vrijheidsbeperkingen geregeld voorkomen, bij de ander gebeurt het volgens eigen zeggen sporadisch.

### 7.5.3.3 Dagverblijven

**Tabel 7-12 Meest voorkomende vrijheidsbeperkingen in 2002 bij verstandelijk gehandicapten, toegepast in het kader van een overeenkomst, in dagverblijven voor kinderen en voor ouderen, in procenten**

KDV	KDV	DVO	DVO
Vrijheidsbeperkende maatregel	N=45	Vrijheidsbeperkende maatregel	N=27
1. Lichte fixatie	43,1	1. Afzondering	19,0
2. Afzondering	39,2	2. Lichte fixatie	16,7
3. Zware fixatie	35,3	3. Voedsel/vocht tegen wil	16,7
4. Medicatie	29,4	4. Zware fixatie	14,3
5. Deur op slot	27,5	5. Bedhekken	9,5
6. Bedhekken	17,6	6. Medicatie	7,1
7. Voedsel/vocht tegen wil	7,8	7. Deur op slot	4,8
8. Gecamoufleerde medicatie	3,9	8. Belmat	4,8
9. Beperkingen ontvangen bezoek	3,9	9. Gecamoufleerde medicatie	2,4
10. Belmat	2,0	10. Beperking telefoonverkeer	2,4
11. Beperking telefoonverkeer	2,0	11. Beperkingen ontvangen bezoek	0,0
12. Controle post	0,0	12. Controle post	0,0

In dagbestedingscentra voor ouderen worden mensen voornamelijk afgezonderd, indien er sprake is van vrijheidsbeperkingen, zo blijkt uit de interviews.

*‘Wat wij dus wel eens doen, is iemand samen met een begeleider afzonderen. Iemand voor een dag of soms meerdere dagen zijn arbeid ontnemen. Of hij mag wel komen, maar op dat moment niet met een beitel werken, want dat vinden we te gevaarlijk. We gebruiken geen Zweedse banden. Daar hebben we ook de doelgroep niet voor, we hebben hier te maken met licht verstandelijk gehandicapten.’ (teamleider dagbestedingscentrum)*

*‘Afzonderen komt hier wel eens voor, al vind ik het een twijfelgebied of dit inderdaad wel afzonderen is. We hebben een kantoor en daar wordt iemand wel eens even neergezet van je kan daar je werk wel even doen. Dat is dan een persoon die agressief is geweest in de vorm van wel eens iets gericht weggooien in de richting van een begeleider en dan wel harde of scherpe voorwerpen.’ (orthopedagoog dagbestedingscentrum)*

Bij één centrum worden mensen in het uiterste geval geschorst. Ze mogen dan tijdelijk niet meer naar de dagbesteding komen. Het is de vraag of dit als een vrijheidsbeperkende maatregel kan worden gezien.

Geen van de drie dagbestedingscentra heeft een gesloten deur, maar bij twee wordt er wel nadrukkelijk voor gewaakt dat cliënten niet wegllopen. Bij een derde gebeurt het wel eens dat iemand wegloopt, maar men vindt dat dit gezien de zorgvorm niet tegenhouden kan worden.

Bij één dagbestedingscentrum is het aantal middelen en maatregelen dat wordt toegepast de laatste vijf jaar afgenomen ten opzichte van de periode daarvoor. Dat heeft te maken met een verhuizing en een andere manier van met problemen omgaan.

*‘We kunnen escalaties nu eerder ondervangen, omdat we een radaranalyse maken. We brengen het hele gedragspatroon in kaart, waardoor we op bepaalde vormen van gedrag van een cliënt eerder kunnen inspringen. Verder zijn we verhuisd. We zijn van een locatie waar 180 cliënten werk aangeboden kregen, verhuisd naar een plek waar we alleen met deze groep van twaalf te maken hebben. Dat heb ik als heel positief ervaren. Je zag al binnen enkele maanden de gedragsproblematiek enorm teruggaan. Escalaties waar we toen dagelijks mee te maken hadden en dan ook een aantal, komen nu nog maar twee tot drie keer per week voor. En dat is dan veel. (begeleider dagbestedingscentrum)*

In vergelijking tot wat tijdens de interviews wordt aangegeven, melden slechts weinig DVO's bij de enquête dat er afgezonderd werd in 2002. Mogelijk vinden veel respondenten iemand tijdelijk op een andere plaats laten werken, eventueel in bijzijn van een medewerker, geen echte afzondering, zoals een van de geïnterviewden ook aangeeft.

#### **7.5.3.4 Logeerhuizen**

Het op slot doen van de deur komt in alle zeven logeerhuizen voor die de vraag over aantallen vrijheidsbeperkende maatregelen invulden. Vijf huizen maken gewag van fixatie en het gebruik van sederende medicatie en psychofarmaca. Het gecamoufleerd toedienen van medicatie wordt door vier huizen genoemd, gevolgd door afzondering, belmatten, en poststukken ieder door twee huizen.

Het logeerhuis voor ouderen waar geïnterviewd is, krijgt meestal met afzondering te maken, hoewel in het verleden een Zweedse band ook wel eens is voorgekomen. Daarnaast worden soms bedhekken gebruikt. Uit een manager van een ander concern voor verstandelijk gehandicaptenzorg blijkt dat daar in het logeerhuis een enkele keer eveneens een Zweedse band gebruikt wordt. Als een cliënt afgezonderd wordt gaat wel eens de deur van de slaapkamer op slot. In het kinderlogeerhuis passen begeleiders voornamelijk om afzondering toe, indien nodig.

*'We hebben ook wel eens een jongetje gehad, die wanneer hij boos was leuk vond om midden in de kamer te gaan plassen. Daar moet je als leiding dan iets aan gaan doen. Eigenlijk wordt zo['] kind dan altijd even afgezonderd van de rest. We hebben een ruime bezetting in aantal, dus er kan altijd wel iemand mee om zo'n kind te kalmeren of ouderlijk toe te spreken. Wanneer dit niet helpt sturen wij soms iemand naar zijn kamer. De deur gaat dan op slot, totdat het zich weer normaal kan gedragen. Ja, kijk dat wordt in gewone gezinnen ook gedaan.'* (begeleider logeerhuis kinderen)

Volgens een respondent uit het kinderlogeerhuis komt het gemiddeld één keer per maand voor dat iemand op zijn kamer wordt opgesloten. Bij het logeerhuis voor volwassenen vertelt een respondent dat de frequentie van vrijheidsbeperkende maatregelen afhankelijk is van de cliënten die op dat moment in huis verblijven. Op het moment van interviewen is het toevallig rustig, maar er zijn ook weken dat het dagelijks gebeurt. Daarnaast kan het gedrag van één van de cliënten gevolgen hebben voor de hele groep.

*'Als er een wegloper bijzit onder de cliënten, gaat de voordeur standaard op slot.'* (begeleider logeerhuis)

#### **7.5.3.5 SPD's**

Geen van de geïnterviewde SPD's heeft inzicht in het vóórkomen van vrijheidsbeperkende maatregelen bij zorgaanbieders, al kan het incidenteel in een rapportage staan. Ook uit het kwantitatieve onderzoek blijkt dat SPD's geen overzicht hebben bij welke cliënten vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast. In het overige deel van de rapportage van het veldonderzoek blijft de bespreking van SPD's daarom achterwege.



### 7.5.3.6 Thuiszorg

**Tabel 7-13 Meest voorkomende vrijheidsbeperkingen in 2002 bij verstandelijk gehandicapten, toegepast in het kader van een overeenkomst, in de thuiszorg, in procenten**

Vrijheidsbeperkende maatregel	N=41*N=14**	
1. Bedhekken	9,8	28,6
2. Lichte fixatie	4,9	14,3
3. Zware fixatie	2,4	7,1
4. Medicatie	2,4	7,1
5. Beperkingen ontvangen bezoek	2,4	7,1
6. Afzondering	0,0	0,0
7. Gecamoufleerde medicatie	0,0	0,0
8. Voedsel/vocht tegen wil	0,0	0,0
9. Deur op slot	0,0	0,0
10. Belmat	0,0	0,0
11. Controle post	0,0	0,0
12. Beperking telefoonverkeer	0,0	0,0

\*N=41 is gebaseerd op het totaal aantal thuiszorginstellingen dat vrijheidsbeperkende maatregelen toepast.

\*\*N=14 is gebaseerd op het aantal thuiszorginstellingen dat aangeeft zorg te bieden aan verstandelijk gehandicapten.

Veel respondenten in de thuiszorg zien dat de zorgswaarte de laatste jaren is toegenomen waardoor men vaker dan vroeger met de noodzaak van vrijheidsbeperkende maatregelen wordt geconfronteerd.

*'Je hebt toch steeds meer mensen die niet geplaatst kunnen worden in een intramurale instelling. Daardoor moet er steeds meer thuis gedaan worden en nu kom je vanzelf ook steeds meer met dit soort problemen in aanraking. Want we willen allemaal graag zo lang mogelijk thuis wonen, dus je moet eigenlijk thuis ook een heleboel kunnen bieden. Inclusief misschien wel de deur dichtdoen, maar ja dan zit je toch altijd wel met je veiligheid en dat soort zaken.'* (teammanager thuiszorg)

In vergelijking tot bij psychogeriatrische patiënten komen vrijheidsbeperkingen bij verstandelijk gehandicapten in de thuiszorg maar weinig voor. Wel worden thuiszorginstellingen door de ontmanteling van grote organisaties en de flexibilisering van de zorg soms ingezet bij bijvoorbeeld gezinsvervangende tehuizen, of andere kleinschalige projecten voor verstandelijk gehandicapten. Als hier vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast, valt dit niet onder de verantwoordelijkheid van de thuiszorg.

Toepassingen die in de thuiszorg volgens de respondenten het meeste voorkomen zijn het gebruik van bedhekken, hetgeen tijdens de uitkomsten van de enquête wordt bevestigd. Het sluiten van de voordeur, wat bij psychogeriatrische cliënten nog wel eens voorkomt, wordt bij verstandelijk gehandicapten volgens de respondenten door de eigen organisatie niet toegepast. Zeer sporadisch komt vastbinden met behulp van Zweedse banden of anderszins tijdens de interviews aan de orde. Volgens de respondenten komt vastbinden bij verstandelijk gehandicapten weinig voor. Enkele respondenten zeggen dat in voorkomende gevallen eerder gekozen wordt voor (zware) medicatie.

De uitkomsten uit de interviews en de enquête komen voor het grootste deel overeen.

### 7.5.3.7 Huisartsen

**Tabel 7-14 Meest voorkomende vrijheidsbeperkingen in 2002 bij verstandelijk gehandicapten, toegepast in het kader van een overeenkomst, bij huisartsen, in procenten**

Vrijheidsbeperkende maatregel	N=29
1. Medicatie	17,2
2. Bedhekken	10,3
3. Afzondering	6,9
4. Zware fixatie	6,9
5. Lichte fixatie	6,9
6. Deur op slot	6,9
7. Gecamoufleerde medicatie	3,4
8. Beperkingen ontvangen bezoek	3,4
9. Voedsel/vocht tegen wil	0,0
10. Belmat	0,0
11. Controle post	0,0
12. Beperking telefoonverkeer	0,0

Iets minder dan de helft van de huisartsen krijgt met vrijheidsbeperkende maatregelen te maken. Van deze huisartsen geeft 41% (n=29) aan dat vrijheidsbeperkingen meestal in overleg met andere zorgverleners worden toegepast. 24,1% zegt dat dit altijd gebeurt, 24,1% beweert dat het af en toe gebeurt, 6,9% zelden en 3,4% nooit. Ruim een kwart van de huisartsen die met vrijheidsbeperkende maatregelen te maken krijgt meldt dat het sporadisch voorkomt dat ook zonder overleg met andere zorgverleners vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast. 17,2% zegt dat af en toe uitsluitend de thuiszorg bij toepassingen van vrijheidsbeperkende maatregelen thuis betrokken is en 20,7% geeft aan dat af en toe andere professionele zorgverleners vrijheidsbeperkende maatregelen bij patiënten thuis toepassen. Genoemd worden personeel van GVT's, SPD's en het RIAGG. Tot slot heeft 37,9% van de huisartsen die met vrijheidsbeperkende maatregelen thuis te maken krijgt, er weet van dat mantelzorgers af en toe vrijheidsbeperkingen thuis toepassen zonder eerst te overleggen met professionele zorgverleners. Het is echter onbekend of het bij deze 37,9% van de huisartsen steeds ook toepassingen van vrijheidsbeperkingen bij verstandelijk gehandicapten betreft.

De geïnterviewde huisartsen krijgen conform de uitkomsten uit de enquête in het algemeen met vrijheidsbeperkingen te maken via andere zorgverleners. De huisarts die de zorg heeft voor een complex van (semi-)zelfstandige woonvormen voor verstandelijk gehandicapten, wordt bij toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen betrokken voor zover de cliënten medicatie nodig hebben. Voor het overige vragen zorgverleners niet om haar toestemming of advies. Wat zij bij die woonvormen veel aantreft is dat de deur op slot gaat, maar ook fixatie komt wel voor.

*'Het komt veel voor dat ze niet van de kamer afkomen, omdat de deur op slot is en dergelijke. Ze vragen mij er geen toestemming voor. Ik denk wel dat het in overleg met de familie gaat (...) Maar mij wordt het niet gevraagd. Het is me nog nooit overkomen, terwijl er ook mensen vastliggen of achter slot en grendel zitten. Het is me nooit gevraagd of ik daar andere ideeën over heb. Dat bespreken ze niet met mij.'* (huisarts)

Zelf verstrekken huisartsen soms sederende medicatie of psychofarmaca indien dit noodzakelijk wordt geacht. Dit wordt echter zoals hiervoor beschreven niet als vrijheidsbeperkend beschouwd.

### 7.5.3.8 Ziekenhuisafdelingen

**Tabel 7-15 Meest voorkomende vrijheidsbeperkingen in 2002 bij verstandelijk gehandicapten, toegepast in het kader van een overeenkomst, bij ziekenhuisafdelingen, in procenten**

Vrijheidsbeperkende maatregel	N=191*N=45**	
1. Bedhekken	5,8	24,4
2. Deur op slot	5,8	24,4
3. Zware fixatie	4,2	17,8
4. Lichte fixatie	3,1	13,3
5. Medicatie	3,1	13,3
6. Afzondering	2,6	11,1
7. Gecamoufleerde medicatie	1,0	4,4
8. Beperkingen ontvangen bezoek	1,0	4,4
9. Voedsel/vocht tegen wil	0,0	0,0
10. Belmat	0,0	0,0
11. Controle post	0,0	0,0
12. Beperking telefoonverkeer	0,0	0,0

\*N=191 is gebaseerd op het totaal aantal ziekenhuisafdelingen dat vrijheidsbeperkende maatregelen toepast.

\*\*N=45 is gebaseerd op het aantal ziekenhuisafdelingen dat aangeeft zorg te bieden aan verstandelijk gehandicapten.

Het toepassen van vrijheidsbeperkingen bij verstandelijk gehandicapten in ziekenhuisafdelingen, komt volgens de uitkomsten van de enquête weinig voor, zeker in vergelijking tot toepassingen bij psychogeriatrische patiënten. Verstandelijk gehandicapten worden nauwelijks als aparte groep herkend. Aangezien er ook geen registraties worden bijgehouden is het mogelijk dat vrijheidsbeperkingen bij verstandelijk gehandicapten vaker voorkomen dan tijdens dit onderzoek aangegeven is. De vrijheidsbeperkingen bij verstandelijk gehandicapten komen het meeste voor respectievelijk bij interne geneeskunde, orthopedie en neurologie. Dit zijn ook de drie afdelingen die de meeste patiënten met een verstandelijke handicap zeggen te hebben. De overige afdelingen passen niet of nauwelijks vrijheidsbeperkingen toe bij verstandelijk gehandicapten.

Conform hetgeen uit de vragenlijst naar voren komt, blijkt uit de interviews dat in de ziekenhuizen het gebruik van bedhekken het meest voorkomt bij verstandelijk gehandicapten. Of licht fixatiemateriaal of Zweedse banden dikwijls worden toegepast blijkt niet uit de interviews, daarvoor komt men verstandelijk gehandicapten te weinig tegen. Het gebruik van belmatten wordt slechts in één van de bezochte ziekenhuizen tijdens de interviews genoemd als vrijheidsbeperking. In dit ziekenhuis worden ze ook veelvuldig gebruikt, ook wel eens bij verstandelijk gehandicapten. Bij een afdeling interne geneeskunde in een ander ziekenhuis wordt bij gebrek aan een belmat het volgende ondernomen:

*'Als iemand echt heel moeilijk corrigeerbaar is, dan gebruiken we wel eens een heel idioot middel-tje, dan leggen we een stukje bestek op de klink, en als je dan de klinken hoort rinkelen in de avond en in de nacht, dat hij in de buurt is, dan kunnen we het signaleren, dan wordt je gewaarschuwd van: 'hij is weer op pad.'* (hoofdverpleegkundige afdeling interne geneeskunde ziekenhuis)

Enkele ziekenhuizen noemen ook afzondering als een maatregel die in een uiterste situatie wordt genomen. De patiënt wordt dan op een één- of tweepersoonskamer geplaatst en in een enkel geval zelfs opgesloten. Uit de interviews wordt niet duidelijk of dit bij verstandelijk gehandicapten geregeld gebeurt, omdat deze, zoals gezegd in geen van de onderzochte afdelingen

veelvuldig als patiëntengroep voorkomen.

### 7.5.3.9 Conclusie

Vrijheidsbeperkende maatregelen bij verstandelijk gehandicapten worden op plaatsen waar de Wet Bopz niet van toepassing is geregeld toegepast. Afzondering is de maatregel die het meest wordt gebruikt. Dit komt bij zorgvoorzieningen uitsluitend voor verstandelijk gehandicapten meer voor dan in ziekenhuizen in de thuiszorg. In de praktijk blijkt dat iemand in een aparte ruimte plaatsen, eventueel met een begeleider erbij, met name bij dagverblijven niet altijd als afzondering wordt beschouwd.

Het blijkt moeilijk in te schatten in hoeverre de gegeven percentages voor thuiszorg en ziekenhuisafdelingen betrouwbaar zijn. Van ongeveer een kwart van de respondenten staat vast dat ze zorg verlenen aan verstandelijk gehandicapten. De kans dat meer zorgaanbieders met deze cliëntengroep te maken hebben is aanwezig. Het aantal toepassingen kan daarom groter zijn. Dit zal waarschijnlijk echter geen ander beeld opleveren van de onderlinge rangorde waarin de verschillende vormen van vrijheidsbeperkingen in deze instellingen voorkomen. De overeenkomst met het beeld dat aanbieders van zorg voor uitsluitend verstandelijk gehandicapten laten zien is te groot om op toeval te berusten.

## 7.5.4 Redenen toepassing

### 7.5.4.1 Algemeen

Driekwart van de zorgaanbieders past vrijheidsbeperkingen toe ter voorkoming van gevaar voor de cliënt zelf (91,8%; n=380), ter bescherming van de cliënten (78,9%) of ter voorkoming van gevaar voor anderen (61,1%). 39,2% van de respondenten past vrijheidsbeperkingen om cliënten rust te kunnen bieden. Opvallend veel respondenten delen mee vrijheidsbeperkingen toe te passen vanwege het feit dat er onvoldoende toezicht is (34,4%) of als aanvulling voor een tekort aan personeel (20,2%). Met name door ziekenhuisafdelingen en thuiszorginstellingen wordt dit veel genoemd. Bij aanbieders van uitsluitend verstandelijk gehandicaptenzorg wordt dit iets vaker aangegeven door kinderdagverblijven (29,5%) en 4 van de 7 logeerhuizen. Voor minder GVT's (9%) en dagverblijven voor ouderen (18,5%) is dit een probleem.

In GVT's is het voorkomen van gevaar voor anderen (77,2%; n=44) vaker een motief om vrijheidsbeperkingen toe te passen dan het beschermen van de cliënt (68,2%). Ook hier is het het voorkomen van gevaar voor de cliënt zelf de belangrijkste drijfveer (90,1%).

Voor het overige laat de verdeling van de verschillende beweegredenen om vrijheidsbeperkingen bij alle zorgaanbieders een zelfde beeld zien, zodat een aparte bespreking achterwege kan blijven. In de volgende paragrafen volgt een uiteenzetting van de resultaten uit de interviews van achtereenvolgens instellingen voor gehandicaptenzorg en de meer 'algemene zorgaanbieders'.

### 7.5.4.2 Aanbieders van zorg uitsluitend voor verstandelijk gehandicapten

Respondenten bij de diverse aanbieders van zorg voor verstandelijk gehandicapten signaleren dat de laatste jaren, door de verschuiving van de zorgzwaarte, vrijheidsbeperkingen meer voorkomen op plaatsen waar dit oorspronkelijk volgens de wetgever niet de bedoeling was. Door de ontmanteling van grote zorginstellingen bevinden zich verstandelijk gehandicapten met een grote zorgvraag op plaatsen waar de Wet Bopz niet van toepassing is.

*'De gehele vermaatschappelijking van de laatste jaren zet de cliënt overigens wel voor problemen hoor. Deze mensen komen met hun geringe bagage ook alle verlokkingen en verleidingen tegen die deze wereld kent. De voornaamste twee zijn verslaving en prostitutie. Maar ook mensen die het criminele circuit opgaan. Hier hadden wij tien of vijftien jaar geleden nog helemaal niet mee te maken.'* (zorgconsulent SPD)

*'Het beleid binnen onze organisatie is erop gericht het grote terrein leeg te maken en mensen te plaatsen in de omgeving en in dorpen en wijken. Daarbij willen we ook de visie doorvoeren van het scheiden van wonen en zorg. Mensen zorgen zelf voor de huisvesting en ze kunnen zorg bij ons of bij een andere aanbieder inkopen. Op deze situatie is de Wet Bopz dus niet meer van toepassing. Terwijl het soms toch om intramurale mensen gaat en er soms ook vrijheidsbeperkingen nodig zijn. (zorgmanager concern verstandelijk gehandicaptenzorg)*

Het omgekeerde kan echter ook. Respondenten maken melding van verstandelijk gehandicapten die in een intramurale setting voortdurend vrijheidsbeperkende maatregelen nodig hadden en van wie de toestand verbeterde naar overplaatsing naar een lichtere zorgvorm.

*'...En dan kan het zijn dat je in de eerste fases M&M moet toepassen om uiteindelijk met elkaar te wennen van wat is toelaatbaar. Zo hebben wij laatst een vrouw gehad met niet-aangeboren hersenletsel die zich enorm verzette en dan in een intramurale setting terecht komt. Moet je voorstellen wat er dan gebeurt. Iemand die een normaal leven heeft geleid die heel veel beperkingen heeft opgelopen en dan tussen mongolen en weet ik veel wat voor mensen terecht komt. In een groep van acht mensen. Logisch toch dat je helemaal uit je dak gaat. Die mevrouw hebben wij overgeplaatst naar een GVT. Daar zijn mensen die een veel beter begripsniveau hebben. Die mevrouw verzette zich in het begin nog heel veel, maar wel hebben toch doorgezet. En nu gaat het stukken beter met die mevrouw. Op tijden waarop zij agressief was, moest je ingrijpen. En dat was dan holding - een soort fixatie - of toch opsluiten op haar kamer. Maar het gaat stukken beter nu en het komt bijna niet meer voor.'* (beleidsverantwoordelijke concern verstandelijk gehandicaptenzorg)

Bij de diverse lokale zorgvoorzieningen ziet men een toename van verstandelijk gehandicapten met gedragsproblematiek, waardoor in sommige gevallen extra vrijheidsbeperkingen noodzakelijk zijn. Een voorbeeld van problemen waar men in toenemende mate mee te maken krijgt is seksualiteit.

*'Seksueel misbruik hebben wij ook. Nu de ondersteuningsgrens wat verschuift zeg maar. De vrijheden wat toenemen. In seksuele relaties moet het wel om gelijkheid gaan. Dat is niet altijd het geval. Moet je dan beschermen of grenzen afdwingen, waarbij je het ook over beperkingen hebt. Dan kun je kiezen van ik doe de deur op slot bij die tien vrouwen of bij die ene man. Bij die ene man is het tegen zijn wil. Ik chargeer het wat. Dat zijn dus situaties waar je meer mee te maken krijgt. Dat speelt in die hele GVT-setting een beetje. Het schuift allemaal op. (zorgmanager concern verstandelijk gehandicaptenzorg)*

Door verschillende respondenten worden licht verstandelijk gehandicapten met gedragsproblemen de moeilijkste groep genoemd om mee te werken.

*'We hebben hier mensen die ook wel eens fysiek zo uit hun dak gaan dat er herhaling in zit. Juist bij die licht verstandelijk gehandicapten met gedragsproblemen, die zitten precies tussen de psychiatrie en de verstandelijk gehandicaptenzorgsector in. En het moeilijke vind ik om daar iets voor te organiseren. Uiteindelijk waar het toch iedere keer op neer komt is dat mensen toch bij justitie terechtkomen of in de psychiatrie.'* (manager dagbestedingscentrum)

Onrust is volgens de respondenten bij de diverse bezochte locaties de meest voorkomende reden om een vrijheidsbeperking toe te passen. Vooral wanneer de rust in een groep in het geding is, gaan zorgverleners tot actie over zo blijkt uit de gesprekken. Ook agressie of dwaalgedrag kunnen redenen zijn om op te treden.

*'Veiligheid is het enige motief waarom je een maatregel mag inzetten. De veiligheid is heel breed, althans je krijgt meer die grijze gebieden van is het veilig voor jou of de medewerker alleen of heeft het ook met de veiligheid van de cliënt te maken. Daar kun je aardige discussies over hebben.'* (teamleider logeerhuis ouderen)

*'Als een cliënt gevaar loopt, dus hij ziet niet zijn doen en laten, nou dan komen we al heel snel tot de overweging dat we een deur dicht moeten draaien of een cliënt binnenhouden of een hek eromheen. Dat is heel concreet. Het wordt anders als een cliënt meer gaat eten, dus hij heeft geen rem*

*op zijn eetgewoonte. Je moet dan de deuren dicht gaan doen van keukens of dat soort dingen. Dat zijn toch moeilijke discussies, daar komt toch wel het advies van een arts bij kijken van wil je iemand wel beperken in zijn vrijheid met betrekking tot het eten en drinken.’ (sectormanager concern verstandelijk gehandicaptenzorg)*

De redenen om in te grijpen hangen eigenlijk niet af van de zorgvorm. De manier waarop dat gebeurt kan wel uitmaken. Uit de interviews komt naar voren dat niet in alle gevallen aan het gevaarscriterium wordt voldaan. Ook eerder wordt al ingegrepen om escalaties te voorkomen.

*‘Het gebeurt wel eens dat een kind heel erg onhandelbaar wordt ineens. Dat kan van het ene op het andere moment zijn. Het is dan zaak om zo snel mogelijk de situatie goed aan te pakken, omdat zo’n kind anders de hele groep aansteekt. En meestal houdt de groep zich tamelijk rustig als er zoiets gebeurt, maar als er toch al moeilijke kinderen aanwezig zijn is het niet altijd handig als er te lang gewacht wordt met het aanpakken van de herrieschopper. Dat is bij onze doelgroep, kinderen, meestal allemaal erg onschuldig, maar het komt wel eens voor dat er kinderen zijn die beginnen te schreeuwen of iemand van de leiding of een ander kind beginnen te slaan of schoppen.’ (locatiehoofd logeerhuis kinderen)*

Daarnaast worden vrijheidsbeperkingen toegepast in het belang van de cliënt.

*‘Ik vind dat het hier allemaal prima geregeld is. Mijn zoon moet ’s ochtends niet teveel prikkels krijgen. Dan wachten ze iets langer met douchen of in bad gaan. En dan willen ze eventjes de deur op slot doen, want als hij binnenkomt in de keuken bijvoorbeeld, en hij ziet de tafel gedekt, dan eet hij alles van de tafel. Dus hij wordt dan even een paar minuutjes opgesloten, maar zelfs daar moet je voor tekenen. En daar hebben ze ons gisteravond nog weer gelijk over geïnformeerd. Nee, dat is allemaal prima geregeld. (vertegenwoordiger GVT)*

Seksueel gedrag van cliënten kan ook reden zijn om vrijheidsbeperkingen toe te passen. Respondenten melden dat slaapkamerdeuren wel eens worden afgesloten, om te voorkomen dat mensen bij elkaar op de kamer komen.

Sommige respondenten stellen dat vrijheidsbeperkingen nogal eens worden toegepast op initiatief van de cliënt zelf.

*‘Vaak geven cliënten aan dat het niet goed gaat. Maar ze zijn niet altijd bij machte om het zelf op te lossen. Dan zien wij een vrijheidsbeperkende maatregel als hulp. Je hebt mazzel als ze het zelf ook vinden. Het wordt moeilijk als ze het zelf niet vinden’ (sectormanager concern verstandelijk gehandicaptenzorg)*

Hoewel uit vorenstaande blijkt dat vrijheidsbeperkingen uit noodzaak worden toegepast, komt het volgens sommige respondenten ook wel voor dat ze uit gewoonte gebruikt worden. Daarbij zijn de cliënten zelf soms geconditioneerd.

*‘Een ervaring die we opgedaan hebben en die prediken we nu als M&M-commissie naar iedereen is dat bij verhuizing van cliënten naar een totaal nieuwe omgeving waarbij mogelijk ook nieuwe medewerkers bijkomen, om dan het oude gedrag helemaal te laten voor wat het is, dus ook middelen en maatregelen van het een op het andere moment af te schaffen en in de nieuwe situatie fris en vrij te beginnen. De ervaring die me bijstaat is dat op een locatie waar twaalf cliënten woonden, waar negen cliënten middelen en maatregelen gebruikten, dat er een jaar na de verhuizing nog twee zijn waar nog vrijheidsbeperkingen nodig zijn. Bij zeven is dat dus winst geweest. Daarmee geef ik aan dat het ook bij cliënten ingeslepen gedrag is. Het is iets dat bij hen hoort en waar ze op reageren als het er opeens niet meer is in dezelfde situatie. Of dat met medicatie ook zo werkt hebben we overigens geen inzicht in, omdat we dat niet registreren.’ (zorgmanager concern verstandelijk gehandicaptenzorg)*

In de verschillende zorgvormen komt het verder voor dat er zogeheten pedagogische maatregelen genomen worden. De genomen maatregel heeft dan een opvoedend karakter. Op plaatsen

waar met minderjarigen wordt gewerkt komt dit meer voor, maar ook op voorzieningen voor meerderjarige mensen met een verstandelijke beperking wordt de term genoemd.

*'De time-out wordt toegepast alleen als pedagogische maatregel. En die wordt toegepast op het moment dat een cliënt niet meer te handhaven is binnen de groep en even een rustmoment nodig heeft, even weer tot zichzelf moet komen. Daarvoor wordt hier de time-out gebruikt. De time-out is ook niet ingericht als afzonderruimte, maar is ingericht met kasten, met een wastafel, verder niks aan de muren. Dus het is heel prikkelarm ingericht, maar het is niet ingericht als afzonderruimte. (locatiehoofd GVT)*

De scheidingslijn tussen wat een pedagogische maatregel is en wat een vrijheidsbeperkende maatregel is niet helder, zo realiseert zich een respondent van een andere zorginstelling.

*'Wat het verschil is tussen een M&M en pedagogische maatregel? Ik kan het wel vertellen. Een pedagogische maatregel dient het opvoeden. Maar als je ziet met welke dwang soms extreem agressief gedrag voorkomt bij die kinderen, dat wil ik geen pedagogische maatregel meer noemen. Dat is meer dan alleen pedagogisch. Dat is het stoppen van gedrag omdat het volledig geëscaleerd is.' (beleidsmedewerker concern verstandelijk gehandicaptenzorg)*

In de twee bezochte logeerhuizen worden veelal de gewoontes van thuis overgenomen. De periode waarin cliënten gebruik maken van deze voorziening acht men te kort om er anders mee om te gaan.

*'Bij logeren ben je heel erg afhankelijk van de informatie die ouders geven. Hoe zij met iemand omgaan en zo.' (locatiehoofd logeerhuis GVT kinderen)*

Een manager van een concern voor verstandelijk gehandicaptenzorg waar een logeerhuis voor ouderen deel van uitmaakt dat niet voor dit onderzoek is bezocht, betoogt dat hier juist wel anders met cliënten wordt omgegaan dan men thuis doet.

*'Er komen ook mensen in het logeerhuis die thuis vastliggen, maar dat doen wij hier niet. We vinden het dan of niet noodzakelijk, of omdat we een slaapwacht hebben. Of we zeggen op een gegeven moment tegen de familie van hoe jullie het doen is in onze ogen niet verantwoord.' (manager concern verstandelijk gehandicaptenzorg)*

#### **7.5.4.3 Aanbieders van zorg mede aan verstandelijk gehandicapten**

In de thuiszorg heeft men incidenteel met vrijheidsbeperkingen te maken. Redenen voor toepassing zijn medische overwegingen, dwaalgedrag en onrust, waarbij medische overwegingen in het geval van verstandelijk gehandicapten de overhand hebben. Men is zich er niet altijd bewust van dat vrijheidsbeperkingen worden toegepast, vooral niet als het gaat om toepassing van beperkingen als bedhekken.

De concerns voor verstandelijk gehandicapten die thuiszorg aanbieden stellen dat beperkingen die in de thuissituatie voorkomen vooral een opvoedend karakter hebben. Volgens hen gaat het uitsluitend om 'corrigerende handelingen' of het afsluiten van keukenkastjes, vanwege de aanwezigheid van gevaarlijke stoffen, en dergelijke. Benadrukt wordt dat de verantwoordelijkheid bij ouders ligt, en dat er derhalve zelfstandig door de thuiszorg geen vrijheidsbeperkingen plaatsvinden.

*Een van de basisregels is dat de verantwoordelijkheid bij de ouders ligt. En als er dan al dus maatregelen zijn, dan zijn het pedagogische maatregelen. Die onder ouderlijk gezag vallen. Daar komt niet voor dat een begeleider vrijheidsbeperkingen toepast (sectormanagement concern verstandelijk gehandicaptenzorg)*

De geïnterviewde huisartsen komen alle, zoals hiervoor reeds uiteen werd gezet, in het merendeel van de gevallen in aanraking met vrijheidsbeperkingen via andere zorgaanbieders. Wanneer zij zelf vrijheidsbeperkingen voorschrijven gaat het in alle gevallen om het voorschrijven

van medicatie wegens onrust. Eén van de huisartsen stelt nadrukkelijk niet zonder meer mee te werken aan het voorschrijven van medicijnen wegens onrust als daar door andere zorginstellingen om verzocht wordt. Deze arts vindt het van belang om zelfstandig tot een afgewogen oordeel te komen.

De huisarts die veel in sociowoningen en begeleid zelfstandige woonprojecten komt, maakt het mee dat deuren van cliënten worden afgesloten. Ook heeft zij een patiënt die af en toe vastgebonden wordt.

*'Ik heb een jongen in de praktijk en die vertoont zeer gestoord gedrag. Die jongen kan bij mij niet op het spreekuur komen. De eerste keer heb ik meegemaakt dat de hele tent hier op zijn kop stond. Toen dacht ik, ik kom daar wel thuis. Die jongen wordt dus vastgebonden af en toe. Hij heeft ook beschermende dingen om zijn arm. Daar is mij nooit om gevraagd, dus ik denk dat in dat geval de ouders daar toestemming voor hebben gegeven.'* (huisarts)

In ziekenhuizen worden vrijheidsbeperkingen toegepast als de patiënt gevaar veroorzaakt, waarbij het ook om medische gevaren gaat. Daarnaast wordt ook agressie genoemd als reden om in te grijpen. Bij verstandelijk gehandicapten kan het dan gaan om patiënten die ook gedragsproblemen hebben. Eén respondent zegt dat een gebrek aan toezicht een reden kan zijn om sneller over te gaan tot vrijheidsbeperkingen.

*'Soms is het ook noodgedwongen dat iemand langer aan de Zweedse band ligt, gewoon vanwege het feit dat je te weinig mensen hebt. Er is dan geen overzicht en heb je niet de controle mogelijkheden om heel geregeld binnen te lopen. Dan zul je een afweging moeten maken en prioriteiten moeten stellen. Die prioriteit houdt dan in dat hij eerder in de Zweedse band gaat bijvoorbeeld.'* (verpleegkundige afdeling longziekten ziekenhuis)

Verschillende respondenten in de ziekenhuizen zijn van mening dat vrijheidsbeperkingen in een aantal gevallen te snel, zonder dat naar een alternatief is gezocht wordt toegepast.

*'Het enige waar men hier voor moet oppassen is dat men misschien te snel fixeert. Gewoon rustig houden met praten kost erg veel moeite. Als het niet hoeft, dan liever niet. Sommige collega's passen liever wel vrijheidsbeperkingen toe dan niet. Maar er zijn genoeg die absoluut zeggen, dat als het niet echt héél nodig is, dan liever niet.'* (verpleegkundige interne geneeskunde ziekenhuis)

#### **7.5.4.4 Overlast**

Een specifiek punt van aandacht in dit onderzoek is geweest de mate waarin cliënten overlast veroorzaken bij anderen en in hoeverre dit bijvoorbeeld leidt tot het eerder toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Bij alle aanbieders van zorg voor verstandelijk gehandicapten blijkt dat het goed kunnen functioneren binnen de groep voor cliënten belangrijk is. Als dit niet goed loopt, moet er ingegrepen worden. Dat kan variëren van corrigerend toespreken tot toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen en in het uiterste geval overplaatsing.

*'Ik vind dat iedereen die hier woont zich veilig moet voelen. En als dat niet kan, doordat iemand daar bijvoorbeeld andere mensen gaat meppen, dan heb ik er ook geen moeite mee om diegene daarin tegen te houden. Het moet wel voor die ander veilig zijn en natuurlijk ook voor diegene. In het kader van veiligheid is toch wel heel veel geoorloofd. Maar als het gaat om middelen die wij hier niet hebben, zoals separeren, moet iemand worden overgeplaatst.'* (teamleider GVT)

*'We hebben hier ook mensen met een borderlineproblematiek. Die hebben nogal een aanstekende werking op elkaar en dan heb je soms wel een halve groep tegenover je staan. Dan praat je over een man of drie vier. En dan is het wel lekker om een telefoon te hebben. Meestal is het verbaal uitdagen, wat dreigementen en een grillige sfeer in die groep. Dat kun je dan heel goed merken, de spanning is gewoon te voelen in zo'n groep. En er kan elk moment wat misgaan. En dat probeer je voor te zijn. De keuze wordt dan juist om er dan in te gaan zitten en te zorgen van: je kan met zijn allen wel bezig zijn, maar ja... En iedereen zit er altijd met een kloppend hart, maar dat moet zo*



*weinig mogelijk te merken zijn. Je moet er inzitten en je gaat de confrontatie juist niet uit de weg.'*  
(teamleider GVT)

Ook bij de dagverblijven is het groepsproces relevant. Hier speelt bovendien mee dat de groepssamenstelling op verschillende dagen kan wisselen. Dit wordt echter eerder als voordeel, dan als nadeel gezien.

*'De meeste cliënten verblijven hier parttime. Er zijn geen nadelen voor de groep dat deze wisselt. Ze hebben oneigenlijk onderling weinig aan sociale contacten. Het is behoorlijk gericht op hun werkplek en werk wat er ligt. Ze hebben wel contacten onderling, maar niet dat sociale. Ja, wat gedoe hebben ze onderling, wat pesterijtjes naar elkaar, wat kreten. Dat weer wel.'* (teamleider dagbestedingscentrum)

*'Je merkt soms bij de minder of niet moeilijke cliënten dat er wat gaat gebeuren. Je ziet ze met hun ooghoeken naar die lastige cliënt kijken. Die kennen hem al langer dan ik. Uit angstgevoelens, hè? En vaak gebeurt er ook wel wat. Vaak hebben ze daar wel een deel in, want vanuit hun angst zeggen ze net de verkeerde woorden tegen die persoon en dan pats... één keer beleeft hij een directe aanleiding waardoor de spanning er opeens uitkomt op dat moment.'* (teamleider dagbestedingscentrum)

*'Je ziet dat nu er meer cliënten met gedragsproblemen komen, dat ook anderen wat onprettiger gedrag gaan vertonen. Je merkt wel als die persoon een dag vrij is, dat het dan ook wat rustiger is op die afdeling. Soms heb je al jarenlange ervaring met cliënten en als er dan een paar nieuwe cliënten komen, moet hun gedrag helemaal opnieuw begrepen worden.'* (teamleider dagbestedingscentrum)

*'Sommige cliënten kunnen heel veel overlast veroorzaken. Naar andere cliënten toe, maar ook naar medewerkers. Wat ik ongelukken vind, wat ik nog belastender vind dan lijfelijke schade is de psychische druk die het geeft. We hebben hier een cliënt, die kan vreselijk racistisch zijn. Dat doet mij meer dan een klap voor de kop op. Omdat het je raakt, jezelf dan. Ik laat het hem niet merken dan. Plus dat als je verder gaat en in zijn dossier duikt, dan merk je ook dat het een soort van aangeleerd gedrag is. Maar dat maakt het op dat moment niet minder erg. Vooral voor mijn collega die af en toe behoorlijk seksistisch bejegend wordt. Daar moet je tegen kunnen en dat is heel hard. Daardoor zijn vrouwelijke collega's ook weggegaan. Die liepen daar schade door op. Dat vind ik nogal wat. En dat vind ik persoonlijk belastender en maakt meer indruk op me dan een shirt dat kapot wordt getrokken of een blauwe plek. Dat heb ik nog niet meegemaakt naar mij toe. Wel heb ik meegemaakt dat er onderling dingen gebeurden.'* (locatiehoofd dagbestedingscentrum)

Beide bezochte logeerhuizen kennen eveneens spanningen in de groep die ertoe nopen dat moet worden opgetreden. In een uiterste geval worden cliënten dan naar hun kamer gestuurd. In het logeershuis voor ouderen komt het volgens de respondenten niet veel voor. Ook in het kinder-logeershuis wordt gezegd dat escalaties weinig voorkomen.

*'Het lijkt uit mijn verhalen misschien dat dit heel vaak voorkomt, maar dat is absoluut niet het geval hoor. Als er een keer in de maand iets voorvalt, waardoor we iemand naar zijn kamer moeten brengen is dit een hoge schatting denk ik.'* (teamleider logeershuis ouderen)

Bij andere aanbieders van zorg kan het uitsluitend bij ziekenhuizen gebeuren dat er sprake is van overlast door verstandelijk gehandicapten, waardoor er moet worden ingegrepen. Geen van de geïnterviewde personen heeft het echter ooit meegemaakt dat er vanwege overlast naar andere patiënten vrijheidsbeperkende maatregelen bij een verstandelijk gehandicapte moesten worden toegepast, zodat mag worden aangenomen dat dit weinig voorkomt.

#### **7.5.4.5 Conclusie**

Het kwantitatieve onderzoek laat zien dat de belangrijkste redenen om vrijheidsbeperkingen toe te passen zijn het voorkomen van gevaar van de cliënt, het beschermen van de cliënt, het

voorkomen van gevaar voor anderen, de cliënt te helpen rust te bieden. Tijdens de interviews wordt naar voren gebracht dat gevaar vooral bestaat uit het ontaarden van onrustig gedrag. De reacties van de groep waarin de cliënt zich bevindt, zijn mede van invloed op de beslissing al dan niet een vrijheidsbeperkende maatregel toe te passen. Ook pedagogische maatregelen komen voor; bij voorzieningen voor kinderen meer dan voor ouderen. Verder komt agressief en seksueel gedrag in toenemende mate voor als drijfveer om op te treden, mede als gevolg van een toename van cliënten met gedragsproblemen.

Uit de interviews blijkt dat vrijheidsbeperkingen zich meer voordoen vanwege een verschuiving in de aard van de cliënten die gebruik maken van lichtere zorgvormen. Aan de andere kant stelt men in interviews bij zorgaanbieders van uitsluitend verstandelijk gehandicaptenzorg dat de kwaliteit van de zorg door betere locaties en meer inzicht in de problematiek vooruit is gegaan, waardoor vrijheidsbeperkingen vaker kunnen worden voorkomen. Voor zorgaanbieders die zich niet uitsluitend met verstandelijk gehandicaptenzorg bezighouden geldt dit echter niet. De ervaringen met verstandelijk gehandicapten zijn hier doorgaans beperkt. Een gebrek aan ervaring en kennis kan er dan juist toe bijdragen dat vrijheidsbeperkingen sneller worden toegepast.

## **7.5.5 Procedures rondom vrijheidsbeperkingen**

### **7.5.5.1 Algemeen**

51,3% van de instellingen (n=420) die zich met zorg voor verstandelijk gehandicapten bezighouden heeft een protocol ontwikkeld voor het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Het minste gebeurt dit bij thuiszorginstellingen en huisartsen. Ziekenhuizen en kinderdagverblijven hebben het vaakst een protocol. Bij de meeste zorgaanbieders beslissen de alle betrokken hulpverleners gezamenlijk in overleg met de vertegenwoordiger of de cliënt of er vrijheidsbeperkingen moeten worden toegepast (71,4%). 62,7% van de zorgaanbieders vraagt toestemming voor het toepassen van vrijheidsbeperkingen aan zowel de cliënt als de vertegenwoordiger. 26,4% vraagt uitsluitend toestemming aan de vertegenwoordiger en 8,4% uitsluitend aan de cliënt zelf. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering ligt bij 47,1% van de zorgaanbieders bij de behandelend arts, bij 45,6% is het een gedeelde verantwoordelijkheid van alle betrokken hulpverleners, 41,0% alleen van de betrokken verpleegkundigen en verzorgenden en bij 11,9% zijn de mantelzorgers verantwoordelijk.

Alle concerns voor verstandelijk gehandicaptenzorg waar op centraal niveau interviews zijn gehouden hebben een protocol of richtlijn opgesteld voor het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Bij vier instellingen is het protocol nadrukkelijk ook van toepassing op plaatsen waar de Wet Bopz niet van toepassing is. Dit betekent dat daar overal in voorkomende gevallen op een soortgelijke manier gehandeld wordt, bijvoorbeeld door het registreren van een maatregel. Het betekent echter niet dat alle vormen van vrijheidsbeperkingen op alle locaties plaatsvinden. Sommige respondenten benadrukken bijvoorbeeld dat fixatie door middel van Zweedse banden of separatie op niet-Bopzlocaties niet gebruikt worden.

Een van de concerns maakt een onderscheid tussen middelen en maatregelen en individuele vrijheidsbeperkingen. In een nota wordt hiervan een opsomming gemaakt.

*'Het is dan aan de groepsleiding om per cliënt na te gaan wat er van toepassing is en dat ook in het zorgplan te vermelden. Dan staat het op papier en krijgt het ook regelmatig in evaluatief opzicht de aandacht die het nodig heeft. Omdat we vinden dat individuele beperkingen vaker het voorportaal zijn van nog zwaardere maatregelen. Waar we als M&M-commissie eigenlijk constant mee bezig zijn is van waarom wordt bij een cliënt die dit gedrag vertoont die maatregel gebruikt en in dezelfde*

*situatie – weliswaar een andere cliënt maar hetzelfde gedrag – een zwaardere maatregel? Daar duiken we in en willen we natuurlijk het onze van weten, want hoe lichter de maatregel, hoe beter.’ (zorgmanager concern verstandelijk gehandicaptenzorg)*

Alle geïnterviewde respondenten op centraal niveau beweren dat er min of meer een eenduidig beleid is ten aanzien van vrijheidsbeperkingen bij de diverse zorgvormen. Daarbij is de aard van de locatie en de cliënten mede bepalend voor de vrijheidsbeperkingen die ter plekke geoorloofd zijn.

*‘De Bopz is voor de intramurale kant van onze organisatie. Maar wij hebben wel gezegd dat wij de toon van de Bopz heel belangrijk vinden. En wij willen in de geest van die wet een aantal dingen uitbreiden naar aanpalende velden die ook onder onze verantwoordelijkheid vallen. Dus bijvoorbeeld bij kinderen onder de twaalf jaar en GVT-settingen en dagbestedingen, die moeten ook registreren wat zij doen aan vrijheidsbeperkende maatregelen.’ (beleidsmedewerker concern verstandelijk gehandicaptenzorg)*

Bij enkele concerns is de arts voor verstandelijk gehandicaptenzorg (AVG) eindverantwoordelijk voor de toepassing van vrijheidsbeperkingen. In andere wordt de verantwoordelijkheid gedeeld met de orthopedagoog. Daarnaast zijn er instellingen waar de orthopedagoog ook alleen de verantwoordelijkheid kan hebben. Bij één instelling wordt er over vrijheidsbeperkingen gesproken in een multidisciplinair overleg waarbij ook AVG en orthopedagoog betrokken zijn, maar ligt de eindverantwoordelijkheid voor een toepassing bij de locatiemanager. Bij een concern worstelt men nog met de concrete invulling.

*‘In nood kan natuurlijk iedereen besluiten, maar dan moet zo snel mogelijk contact worden gezocht met de arts. Je moet met de behandelaar akkoord sluiten. Dat kan een gedragsdeskundige zijn of een arts. We hadden gezegd dat voor de fixatie en afzonderen de gedragsdeskundige degene was die toestemming gaf en besloot en voor dwang de arts. Wat we eigenlijk willen afspreken is dat voor het toepassen van een M&M altijd de arts verantwoordelijk is, maar dat dit een onderdeel kan zijn van een behandelplan. Want je kunt ze niet een heel behandelplan laten maken. Maar dit is uiteraard nog een voorstel.’ (zorgmanager concern verstandelijk gehandicaptenzorg)*

Hoewel de eindverantwoordelijkheid vaak bij een AVG en/of een orthopedagoog is neergelegd, blijkt in de praktijk dat de beslissing tot een vrijheidsbeperkende toepassing door een verzorgende of begeleider genomen wordt en de toepassing achteraf, meestal na overleg, gefiatteerd wordt.

Een respondent vertelt dat op plaatsen waar de Wet Bopz niet van toepassing is ook huisartsen bij de zorg betrokken zijn, en dat die huisartsen niet altijd ingericht zijn op het verlenen van specifieke zorg voor verstandelijk gehandicapten. Daarom is bij dit concern een multidisciplinair team voor de locaties waar de Wet Bopz niet van toepassing is, die de huisarts kan adviseren. Wanneer vrijheidsbeperkingen noodzakelijk zijn of sederende medicatie of psychofarmaca moet worden voorgeschreven, wordt dit deel van de zorg van de huisarts tijdelijk overgenomen. Soms wordt in zo'n geval de medische zorg dan (al dan niet tijdelijk) geheel overgenomen, bijvoorbeeld omdat de medicatie kan conflicteren met andere.

De feitelijke uitvoering van vrijheidsbeperkingen vindt in het algemeen niet door de arts of orthopedagoog plaats, maar door de verzorgenden/begeleiders.

#### **7.5.5.2 Gezinsvervangende tehuizen**

In gezinsvervangende tehuizen is het besluit tot het toepassen van vrijheidsbeperkingen meestal een beslissing van betrokken hulpverleners in overleg met de vertegenwoordiger of de cliënt (94,9%; n=39). In 46,2% is het uitsluitend een teambeslissing. Bij een aantal GVT's beslist alleen de behandelend arts (23,1%) of de verpleegkundigen of verzorgenden (20,5%). Bij 12,3% van de GVT's besluit alleen de vertegenwoordiger tot het toepassen van vrijheidsbeperkingen.

70,0% vraagt toestemming aan zowel de cliënt als de vertegenwoordiger. 22,5% vraagt alleen

toestemming aan de vertegenwoordiger, en 2,5% alleen aan de cliënt zelf. 5,0% vraagt helemaal geen toestemming.

De meeste GVT's vinden dat de verantwoordelijkheid voor het uitvoeren van vrijheidsbeperkingen bij de instelling ligt (57,9%). 52,6% geeft aan dat het een gedeelde verantwoordelijkheid is van alle betrokken hulpverleners. Bij 42,1% is de betrokken arts verantwoordelijk en bij 21,1% de betrokken verpleegkundigen of verzorgenden.

Hoewel er dikwijls een centraal beleid is, betekent dit niet dat dit op alle locaties goed wordt doorgevoerd. Zo blijkt bijvoorbeeld bij de interviews onder medewerkers van GVT's dat niet iedereen weet dat er een formulier moet worden ingevuld als er vrijheidsbeperkingen worden toegepast.

Alle bezochte GVT's stellen een zorgplan op in samenwerking met familie en cliënt. In het zorgplan kunnen vrijheidsbeperkingen worden opgenomen.

De meeste respondenten vermelden in de interviews dat het zorgplan ook geëvalueerd wordt. Bij één GVT wordt het zorgplan eens per half jaar geëvalueerd en bijgesteld. Als er vrijheidsbeperkingen worden toegepast kan dit echter vaker worden besproken, omdat eens per acht weken een multidisciplinair overleg plaatsvindt over alle woningen die worden begeleid.

Een ander evalueert het zorgplan een keer per jaar.

*'Wij hebben dus ook een formulier dat moet worden ingevuld als iemand afgezonderd wordt, waarom iemand van die ruimte gebruik maakt, wat de aanpak is en hoe vaak het voorkomt. Dat formulier wordt één keer per jaar opnieuw geëvalueerd. En daar tekent het hoofd voor, de orthopedagoog, de persoonlijk begeleider en de cliënt zelf. En eventueel het familielid. En dat wordt vervolgens opgenomen in het leefplan. Daarnaast hebben wij dus de M&M-formulieren. Daarop wordt ingevuld als er iets is gebeurd wat vrijheidsbeperkend is. Dan wordt zo'n M&M-formulier ingevuld, waarop de begeleider die op dat moment diens heeft invult waarom het incident zich heeft voorgedaan en wat die persoon heeft gedaan. Ik bespreek het altijd met degene die het heeft ingevuld, daar kom ik even op terug. Eén keer per maand hebben we vergadering waarin die formulieren ook worden besproken. Soms kan dat snel, maar soms sta je er even wat langer bij stil, omdat er om een agogische reden dat formulier is ingevuld en dan moet je er ook wat mij, zo van komt dit vaker voor, hoe is het gekomen, noem maar op. De orthopedagoog krijgt ook altijd de M&M-formulieren van mij en ze worden doorgestuurd naar de commissie M&M en die houdt dus ook bij welke incidenten er binnen deze setting gebeuren.'* (locatiehoofd GVT)

Bij deze GVT is de manager verantwoordelijk voor de toepassing.

*'In eerste instantie is de begeleider verantwoordelijk die de beperking doet, want je bent gewoon verantwoordelijk voor je eigen handelen. Maar de eindverantwoordelijkheid ligt bij de manager. Ik moet mijn verantwoording hierover weer afleggen bij de manager.'* (locatiehoofd GVT)

Bij de overige GVT's is een AVG en/of een orthopedagoog verantwoordelijk.

De geïnterviewde vertegenwoordigers geven aan dat de beperkende maatregelen die bij hun kinderen worden toegepast eenmalig met hen zijn besproken. Het is dus niet zo dat per keer toestemming wordt gevraagd voor het toepassen van een vrijheidsbeperking.

*'Wij worden niet steeds op de hoogte gebracht als mijn dochter naar de time-out gaat. Nee hoor, dat staat gewoon in het zorgplan van mocht er dat en dat voorkomen, dan... Ja, er is dus een brief opgesteld met de vraag of wij daar mee akkoord gaan. En daar hebben wij dus voor getekend.'* (vertegenwoordiger GVT)

### 7.5.5.3 Dagverblijven

De procedures tussen dagverblijven voor ouderen en voor kinderen verschillen onderling niet zoveel. In beide zorgvormen is het besluit tot het toepassen van vrijheidsbeperkingen in de meeste gevallen een teambeslissing in overleg met de vertegenwoordiger of de cliënt. Een groot verschil is wel het vragen van toestemming. Dit gebeurt bij kinderdagverblijven voornamelijk

lijk aan de vertegenwoordiger (82,9%), terwijl dit bij dagverblijven voor ouderen in 54,2% aan zowel de cliënt als de vertegenwoordiger gevraagd wordt en in 41,6% aan de vertegenwoordiger alleen. In beide zorginstellingen wordt nauwelijks toestemming aan alleen de cliënt gevraagd. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van vrijheidsbeperkingen rust meestal bij de instelling of het is een gedeelde verantwoordelijkheid van alle betrokken hulpverleners.

Bij de dagverblijven is het in het algemeen zo dat cliënten worden afgezonderd als zij zelf zeer onrustig zijn en onrust veroorzaken in de groep. Het besluit wordt daartoe genomen door de verantwoordelijke begeleiders. Er wordt een formulier ingevuld dat naar de manager gaat, die er vervolgens voor zorgdraagt dat het naar de verantwoordelijke plaatsen binnen de organisatie toegaat. Bij twee van de bezochte dagbestedingscentra wordt de toepassing in ieder geval binnen de M&M-commissie behandeld. Alle drie de dagbestedingscentra benadrukken dat in het zorgplan in het algemeen wordt vastgelegd op welke manier met onrustgedrag wordt omgegaan. Er wordt dus meestal niet zomaar afgezonderd. Het onrustgedrag moet wel een structureel karakter hebben, alvorens het in het zorgplan terechtkomt.

*‘We hebben de afspraak dat het binnen het zorgplan, we noemen het overigens werkplan hier, dat het wordt benoemd als het een structureel karakter heeft en daarnaast is er wel een dossier als je het hebt over die meldingen.’ (manager dagbestedingscentrum)*

Voordat dit in het zorgplan wordt vastgelegd is er uitgebreid gesproken met de orthopedagoog. Bij één van de drie dagbestedingscentra is er sprake van een multidisciplinair overleg waarbij ook een AVG betrokken is. Volgens de locatiemanager van één van de bezochte centra wordt er pas een formulier ingevuld als er sprake is van een uitzonderlijke situatie.

*‘Ik ben niet degene die besluit of een vrijheidsbeperking wel of niet gemeld wordt bij de beleidsverantwoordelijke voor M&M. Dat besluit ligt in feite al bij de begeleiders. Die zullen mij al de informatie moeten gaan geven. We hebben hier wel de afspraak: zodra iets even anders dan anders is, dan vind ik wel dat je dat moet gaan melden. Maar het gebeurt hier best wel dat het tussendoor glipt. Zij gaan dan dus formulieren invullen, zij geven die aan mij en ik stuur ze dan door. Maar in feite vind ik wel dat zij de verantwoording en inschatting moeten kunnen maken dat het een uitzonderlijke situatie is. In twijfelgevallen moet er in ieder geval gemeld worden.’ (manager dagbestedingscentrum)*

In de besluitvorming of vrijheidsbeperkingen worden toegepast, zijn vertegenwoordigers minder betrokken, omdat die in deze settings sowieso meer op de achtergrond zijn. Wel wordt het bij de opstelling van het zorgplan met de cliënt zelf besproken. Een respondent van een van de dagbestedingscentra geeft aan dat vertegenwoordigers op hun eigen verzoek wel bij de opstelling van het plan betrokken worden. Daarnaast worden vertegenwoordigers betrokken als de cliënt zelf in het geheel niet in staat is om een afweging te maken. Op alle drie de plaatsen stelt men echter dat dit zelden het geval is.

#### **7.5.5.4 Logeerhuizen**

Alle logeerhuizen die aan het kwantitatieve onderzoek hebben meegewerkt, hebben een protocol voor het toepassen van vrijheidsbeperkingen. Het besluit tot het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen wordt bij vrijwel alle huizen genomen door de betrokken hulpverleners in overleg met de vertegenwoordiger of de cliënt (85,7%). Vijf huizen zeggen daarnaast dat het zorgteam deze beslissing neemt in overleg met de arts (71,4%). Eén huis deelt mee dat de betrokken verpleegkundigen/verzorgende het besluit nemen en één huis vindt dat het besluit genomen wordt door de vertegenwoordigers van de cliënt. Toestemming voor de uitvoering van een vrijheidsbeperking wordt bij alle huizen gevraagd aan zowel de vertegenwoordiger als aan de cliënt zelf. Voor de toepassing zelf vinden zes van de zeven huizen de instelling verantwoordelijk. Vijf huizen vinden daarnaast dat de toepassing een verantwoordelijkheid is van het gehele zorgteam en vier huizen vinden de behandelend arts (mede) verantwoordelijk.

Bij het logeerhuis voor ouderen is de verantwoordelijkheid voor toepassingen van vrijheidsbeperkingen nog niet goed genoeg geregeld vindt het locatiehoofd. De binding van de AVG met deze zorgvorm is namelijk weinig. Hij komt er eigenlijk nooit.

*‘De groepsleiding kijkt in de praktijk welke veiligheid ze wel of niet willen bieden of welke vrijheid ze uiteindelijk beperken. Maar de pedagoog en de arts die tekenen wel in praktijk, maar zien de cliënt dus niet. Wel geven ze een belletje als ze het er niet mee eens zijn.’ (locatiehoofd logeerhuis ouderen)*

In het logeerhuis voor kinderen blijkt niet uit de interviews dat er anderen dan begeleiders bij de opstelling van het zorgplan betrokken zijn, dus ook niet bij het besluit om vrijheidsbeperkingen toe te passen. Desondanks zegt men er zorgvuldig naar te kijken.

*‘Er staat een aparte module in de zorgovereenkomst over wat wij mogen toepassen in het geval hun kind iets doet. Maar ook in andere gevallen vermelden wij beperkingen. Er is bijvoorbeeld ook een meisje dat in een rolstoel zit. Die slaapt bijna de gehele dag en dan zakt ze uit haar stoel. Bij haar mogen we een plankje voor de stoel doen, zodat ze niet uit de stoel zakt. Dit is ook een beperkende maatregel, ondanks dat het meisje niet kan lopen; eigenlijk wel vreemd toch. Maar goed, om dit plankje te mogen plaatsen hebben we dit moeten vastleggen in het zorgdossier, wat de ouders weer hebben moeten tekenen.’ (begeleider logeerhuis kinderen)*

#### **7.5.5.5 Thuiszorg**

22,9% van de thuiszorginstellingen (n=48) heeft een protocol ontwikkeld voor toepassingen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Van de ondervraagde thuiszorginstellingen tijdens de interviewfase heeft er één een richtlijn opgesteld met betrekking tot vrijheidsbeperkingen. Een ander is bezig er een te ontwikkelen. De overige hebben geen protocol.

Het besluit tot het toepassen van vrijheidsbeperkingen wordt meestal genomen door de betrokken hulpverleners in overleg met de vertegenwoordiger of cliënt. (64,7%; n=34). 29,4% van de thuiszorginstellingen zegt dat het besluit tot het toepassen van vrijheidsbeperkingen door de mantelzorgers genomen wordt. Bij 52,9% is het een beslissing van het team. 32,4% noemt de behandelend arts en 32,4% de betrokken verpleegkundigen en/of verzorgenden als degenen die het besluit tot toepassing nemen. Meer dan de helft van de thuiszorginstellingen vraagt toestemming voor een vrijheidsbeperkende maatregelen aan zowel de cliënt als aan de vertegenwoordiger (73,5%). 17,6 % vraagt het alleen aan de vertegenwoordiger en 8,8% aan de cliënt zelf.

Van de ondervraagde thuiszorginstellingen heeft er één een richtlijn opgesteld met betrekking tot het toepassen van vrijheidsbeperkingen. Een ander is bezig er een te ontwikkelen. De overige hebben geen protocol.

De thuiszorgorganisatie die met een protocol werkt heeft vrijheidsbeperkende interventies als volgt geregeld. Verantwoordelijk voor de toepassing is de huisarts. Als besloten wordt tot een vrijheidsbeperkende maatregel – er moet een duidelijke indicatie zijn dat deze noodzakelijk is - moeten de huisarts, de manager, de vertegenwoordiger en de cliënt een meldingsformulier ondertekenen. Dit formulier wordt opgenomen in het zorgdossier bij de cliënt thuis, in het cliëntendossier op het kantoor, er gaat een kopie naar de wachtlijstcoördinator van het zorgkantoor en het origineel gaat naar de inspectie.

Hoewel de overige thuiszorgorganisaties geen vaste procedures met betrekking tot vrijheidsbeperkende maatregelen hebben, is in de manier van werken wel enige structuur te bespeuren. Voor alle thuiszorgorganisaties geldt dat het initiatief tot de toepassing van een vrijheidsbeperking in het algemeen uitgaat van de betrokken (eerst verantwoordelijke) zorgverlener of de familie. De familie komt in het algemeen niet met een concreet voorstel, maar geeft aan een bepaald onderdeel van de zorg niet meer aan te kunnen. Ook wordt door alle respondenten aangegeven dat als er zwaardere maatregelen genomen moeten worden, zoals het afsluiten

van deuren, dat dit dan nooit zonder overleg gebeurt met de huisarts en familie.

Uit de interviews met de huisartsen wordt duidelijk dat ze geen vaste procedure hebben voor het toepassen van vrijheidsbeperkingen. Protocolen zijn er in ieder geval niet. Ze komen ad hoc met vrijheidsbeperkingen in aanraking als het om fysieke vrijheidsbeperkingen gaat ligt het initiatief eigenlijk nooit bij de arts zelf.

#### **7.5.5.6 Huisartsen**

Uit de interviews met de huisartsen wordt duidelijk dat ze geen vaste procedure hebben voor het toepassen van vrijheidsbeperkingen. Protocolen zijn er in ieder geval niet; ook de huisarts die bij woonvoorzieningen voor verstandelijk gehandicapten komt niet. Ze komen ad hoc met vrijheidsbeperkingen in aanraking – en zoals eerder aangegeven – als het om fysieke vrijheidsbeperkingen gaat ligt het initiatief eigenlijk nooit bij de arts zelf. Ook uit de resultaten van de enquête blijkt dat slechts 11,4% van de huisartsen met een protocol inzake toepassingen van vrijheidsbeperkingen werkt.

In vergelijking tot andere zorgaanbieders vinden minder huisartsen het besluit tot het toepassen van vrijheidsbeperkingen uitsluitend een beslissing van de arts (33,3%; n=24). De meeste huisartsen zijn van mening dat het een gezamenlijke beslissing van alle betrokken hulpverleners is (66,7%) of een beslissing van de betrokken hulpverleners in overleg met vertegenwoordiger of cliënt (45,8%). 16,6% vindt de mantelzorgers verantwoordelijk. Toestemming wordt door 62,5% van de huisartsen gevraagd aan zowel de cliënt als de vertegenwoordiger; en 20,8% aan uitsluitende vertegenwoordiger. 8,3% vraagt alleen toestemming aan de cliënt en eveneens 8,3% vraagt geen toestemming.

Voor de uitvoering van vrijheidsbeperkingen is het bij 66,7% een gedeelde verantwoordelijkheid van alle betrokken hulpverleners. 33,3% vindt alleen de behandelend arts, en 33,3% alleen de betrokken verpleegkundigen of verzorgenden verantwoordelijk. Daarnaast vindt 20,8% dat de mantelzorgers verantwoordelijk zijn voor het toepassen van vrijheidsbeperkingen.

Als er sprake is van dwangbehandeling of een noodsituatie vinden nog minder huisartsen dat de verantwoordelijkheid voor de beslissing tot vrijheidsbeperkingen en de uitvoering daarvan, uitsluitend bij de arts ligt.

Blijkbaar is het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen een verantwoordelijkheid die huisartsen niet graag alleen dragen, en liever afwegen in overleg met andere zorgverleners.

#### **7.5.5.7 Ziekenhuisafdelingen**

Een groot deel van de ziekenhuisafdelingen heeft een protocol voor het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen (69,2%; n=169). Het besluit tot het toepassen van vrijheidsbeperkingen is meestal een gezamenlijk besluit van de betrokken hulpverleners in overleg met vertegenwoordiger of cliënt. Bij 60,2% is het een besluit van uitsluitend het team, waaronder de arts. Verder beslist bij 52,7% uitsluitend de behandelend arts en nemen bij 37,8% van de afdelingen de betrokken verpleegkundigen het besluit alleen. Toestemming voor een vrijheidsbeperking vraagt 71,6% van de ziekenhuisafdelingen aan zowel de cliënt als aan de vertegenwoordiger. 14,4% vraagt het alleen aan de vertegenwoordiger en 11,9% alleen aan de patiënt zelf. 1,9% vraagt in het geheel geen toestemming.

Voor de uitvoering van vrijheidsbeperkende maatregelen is bij 62,7% van de afdelingen alleen de betrokken arts verantwoordelijk; bij 52,7% de betrokken verpleegkundigen of verzorgenden en bij 37,3 % is het een gedeelde verantwoordelijkheid van alle betrokken hulpverleners. Verder noemt 19,3% van de respondenten de instelling en 6,2% de mantelzorgers verantwoordelijk.

Twee van de vijf ziekenhuizen die aan het onderzoek hebben meegewerkt hebben nog geen protocol over vrijheidsbeperkende maatregelen. De overige drie hebben dit wel. Als er een protocol voorhanden is, betekent dit echter niet dat het ook overal goed gebruikt wordt. In één

ziekenhuis zijn een aantal respondenten niet op de hoogte van het feit dat er een protocol is. In een ander ziekenhuis wordt door meerdere respondenten aangegeven dat het protocol niet door alle afdelingen gebruikt wordt, terwijl dit wel de bedoeling is.

In de ziekenhuizen ligt de eindverantwoordelijkheid van toepassingen van vrijheidsbeperkingen in het algemeen bij de arts, hoewel in vrijwel alle ziekenhuizen wordt benadrukt dat ook verpleegkundigen een zekere verantwoordelijkheid hebben.

Bij één ziekenhuis komt in noodsituaties de arts er bij de overweging om een vrijheidsbeperking toe te passen zelfs helemaal niet meer aan te pas.

Verpleegkundigen blijken meestal ook de initiators te zijn van een beslissing tot een vrijheidsbeperkende toepassing. Zij zijn degenen die signaleren dat een vrijheidsbeperking bij een patiënt noodzakelijk is en schakelen daartoe een arts in. Enkele verpleegkundigen zeggen ook wel over te gaan tot vrijheidsbeperkingen zonder toestemming vooraf van een arts.

In sommige ziekenhuizen blijkt uit de interviews dat het multidisciplinair overleg een belangrijke rol inneemt bij besluitvorming met betrekking tot vrijheidsbeperkingen bij patiënten. Door deze respondenten wordt aangegeven dat het besluit tot toepassing een gezamenlijke beslissing is. Bij deze interviews komt naar voren dat dit besluit zorgvuldig wordt afgewogen.

Specialistisch verpleegkundigen van de afdeling psychiatrie, en ook psychiaters worden geregeld geconsulteerd worden door andere afdelingen wanneer bij een patiënt – ook bij een verstandelijk gehandicapte - een vrijheidsbeperking overwogen wordt of wanneer een bepaald gedrag of gevaar bij de patiënt waargenomen wordt. Het gebeurt echter niet structureel, hoewel enkele protocollen dit wel voorschrijven.

#### **7.5.5.8 Conclusie**

De wijze waarop de procedure rondom het toepassen van vrijheidsbeperkingen is georganiseerd, wisselt nogal in de verschillende settings, al is het patroon van wie verantwoordelijk zijn voor de beslissingen en voor de uitvoering vergelijkbaar. Aanbieders van zorg voor uitsluitend verstandelijk gehandicapten zijn het meest georganiseerd. Bij de bezochte locaties is veelal sprake van een centraal beleid van het zorgconcern dat overal moet worden nagevolgd. Ook zijn er protocollen ontwikkeld. Van de overige zorgaanbieders lijkt de procedure in de thuiszorg het minst te zijn georganiseerd. De meeste zorgaanbieders zijn van mening dat het besluit over het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen moet worden genomen door alle betrokken hulpverleners in overleg met de vertegenwoordiger, of de cliënt als deze daartoe nog in staat wordt geacht. Minder dan de helft vindt dat deze beslissing alleen door een arts moet worden genomen, en minder dan een derde denkt dat dit alleen door verpleegkundig of verzorgend personeel kan worden gedaan.

De aanwezigheid van meerdere disciplines bevordert een zorgvuldige besluitvorming: er wordt vanuit verschillende invalshoeken nagedacht over de noodzaak van een toepassing en over alternatieven. Het multidisciplinaire karakter heeft een kruisbestuivend effect: men leert van elkaar op een betere manier met de problematiek om te gaan, zo wordt door een aantal respondenten benadrukt. In instellingen die zich uitsluitend met zorg aan verstandelijk gehandicapten bezighouden is naast de verzorgenden veelal een orthopedagoog betrokken. In een enkel geval doet ook de AVG in de besluitvorming mee. Veel concerns voor verstandelijk gehandicaptenzorg die bezocht zijn, proberen ook op niet-Bopz-locaties de kwaliteit van de beslissingen te verbeteren door de aanwezigheid van M&M-commissies die beslissingen tot toepassingen van vrijheidsbeperkingen toetst, en systemen waarbij intercollegiaal getoetst wordt.

Met multidisciplinair overleg zijn de gemengde zorginstellingen eveneens bekend, met toetsingssystemen met betrekking tot vrijheidsbeperkingen nog in het geheel niet.



### 7.5.6 Vrijheidsbeperkingen in kader overeenkomst, onder dwang of in noodsituaties?

Een gebruikelijke indeling bij het onderzoek naar vrijheidsbeperkingen is te bekijken in hoeverre vrijheidsbeperkingen worden toegepast in het kader van het zorgplan, wanneer er sprake is van dwang- en wanneer van noodsituaties. Op de plaatsen in de verstandelijk gehandicaptenzorg waar dit onderzoek heeft plaatsgevonden blijkt dit een zeer grijs gebied te zijn.

Als het gaat om toepassing van medicatie, dan kan worden gesteld dat het in de verreweg de meeste gevallen gaat om vrijheidsbeperkingen die onderdeel uitmaken van een zorgplan. Vanuit de woonomgeving ontstaat de indicatie dat psychofarmaca of sederende medicijnen nodig zijn en dit wordt vervolgens door een arts voorgeschreven en opgenomen in het zorgplan. Ook in andere gevallen worden de meeste beperkingen in het zorgplan opgenomen, zoals in het voorgaande reeds is beschreven.

Regelmatig betreft het bij beschrijvingen in het zorgplan 'reeds nu voor alsdan' situaties. Bijvoorbeeld als cliënt X onrustig gedrag vertoont, dient hij tijdelijk afgezonderd te worden om ervoor te zorgen dat hij weer rustig wordt. Deze beschrijvingen komen bij alle onderzochte zorgvormen voor.

Bij dagbestedingscentra zijn de contacten met vertegenwoordigers/familie minimaal. Meestal verloopt een overleg via de zorgvormen waar cliënten wonen. Dat betekent dat zij niet in alle gevallen betrokken worden bij de opstelling van de zorgplannen en dus ook niet bij mogelijke toepassingen van vrijheidsbeperkingen. Indien toepassingen daadwerkelijk plaatsvinden, wordt dit door de dagbestedingscentra evenmin gerapporteerd aan vertegenwoordigers, althans niet rechtstreeks.

*'Als een vrijheidsbeperking wordt toegepast is het normaal gesproken niet onze verantwoordelijkheid om dat aan de familie te melden. We melden het aan wonen en wonen moet dat dan melden aan betrokkenen.'* (teamleider dagbestedingscentrum)

Ook bij de zorgaanbieders die zich niet uitsluitend op verstandelijk gehandicapten richten, vormen vrijheidsbeperkingen, wanneer ze worden toegepast volgens de meeste deelnemers onderdeel van het zorgplan, althans van het zorgdossier. Dat betekent dat toepassing ervan in de meeste gevallen wordt overlegd met de familie, of met de cliënt zelf als deze daartoe in staat is. Zoals hiervoor echter al aan de orde kwam geldt voor sommige toepassingen dat respondenten niet altijd duidelijk is dat het om een vrijheidsbeperking gaat. Het wordt in enkele gevallen uit automatisme toegepast (bijvoorbeeld bedhekken) en in die gevallen wordt ook niet expliciet om toestemming gevraagd. Dit gebeurt zowel in enkele thuiszorginstellingen, als ziekenhuizen. Ook als het om medicatie gaat, ontbreekt in een aantal gevallen expliciete toestemming. Artsen lijken niet de neiging te hebben om die toestemming te vragen, en als het verzoek om toepassing van medicatie hen via andere zorgkanalen bereikt, komt het voor dat een recept wordt afgegeven zonder dat zij de patiënt zelf gezien hebben.

In veel interviews in ziekenhuizen wordt weliswaar duidelijk dat vertegenwoordigers geïnformeerd worden over toepassingen van vrijheidsbeperkingen, maar wordt niet helder of ook expliciet om toestemming wordt gevraagd. In een aantal gevallen wordt dit wel aangegeven, maar lang niet altijd. Tijdens de invitational conference op 29 oktober 2003 werd geopperd dat het in ziekenhuizen bij toepassingen van vrijheidsbeperkingen veelal noodsituaties betreft waarin onverwijd moet worden opgetreden. Dit komt ook tijdens verschillende interviews naar voren. Desondanks bestaat de indruk dat ook in andere situaties niet in alle gevallen om expliciete toestemming gevraagd wordt.

*'Veel belangrijker is om het aan de familie zodanig uit te leggen, dat je een consensus bereikt. Dus dat de familie zegt van: nee, wij zijn het eens met wat toen gekozen was. Dat is nog niet echt een toestemming misschien, maar wel dat ze in ieder geval zeggen van we zijn er niet tegen wat u gedaan heeft. Daar bereik je vaak al heel veel meer mee. Dat is dus het zoeken naar een consensus en dat hoeft niet altijd a-priori...dat kan ook achteraf.'* (internist ziekenhuis)

*'Aan de familie wordt het goed uitgelegd. Het is zo dat er dat en dat aan de hand is en dat is de reden dat ik hem ging fixeren. Ik ga in zulke gevallen niet de familie bellen van zal ik hem fixeren of niet. Dat doe je niet. (cardioloog ziekenhuis)*

## 7.5.7 Dwang

### 7.5.7.1 Algemeen

Tijdens het onderzoek is bekeken in hoeverre er sprake is van dwang in het algemeen en bij toepassing van vrijheidsbeperkingen in het bijzonder. Belangrijk om te kunnen bepalen of er sprake is van dwangbehandeling is te weten of respondenten een goed begrip hebben van 'verzet' van cliënten.

Verzet is voor de meeste respondenten iedere uiting van een cliënt, verbaal of non-verbaal, waaruit blijkt dat hij het niet eens is met de uitvoering van de behandeling (94,9%; n=352). Daarnaast vinden veel respondenten alleen alle uitingen van wilsbekwame cliënten verzet (17,3%). Bij de gemengde zorgaanbieders komt dit beduidend vaker voor dan bij zorgaanbieders alleen voor verstandelijk gehandicaptenzorg. In de thuiszorg is zelfs ruim een kwart deze mening toegedaan.

8,8% vindt alleen verbale uitingen verzet en 5,1% zegt dat het afhankelijk is van de situatie of dat er sprake moet zijn van een consistente weigering e.d. vooraleer van verzet kan worden gesproken. Ook voor deze uitspraken geldt dat dit sporadisch bij aanbieders van uitsluitend verstandelijk gehandicaptenzorg voorkomt.

In het algemeen kan gesteld worden dat respondenten in alle sectoren aangeven dat dwang in hun eigen setting zelden voorkomt. Net als bij Bopz-instellingen speelt echter ook hier het probleem dat verzet van cliënten niet altijd als zodanig wordt herkend dan wel gekwalificeerd, waardoor bepaalde handelingen ten onrechte niet als dwangbehandeling worden bestempeld.

**Tabel 7-16 Gemiddelde percentage zorgaanbieders dat in 2002 vrijheidsbeperkingen toepaste bij wijze van dwangbehandeling, in procenten**

Zorgaanbieder	N=	Percentage dwang-behandeling	Meest voorkomende maatregel
GVT	55	20,0	1. Afzondering 2. Zware fixatie 3. Medicatie 4. Deur op slot 5. Beperkingen telefoonverkeer
Dagverblijven voor ouderen	42	16,7	1. Afzondering 2. Zware fixatie 3. Deur op slot 4. Beperkingen telefoonverkeer
Huisartsen	29	10,3	1. Zware fixatie 2. Gecamoufleerde medicatie 3. Deur op slot
Kinderdagverblijven	51	9,8	1. Medicatie 2. Zware fixatie 3. Lichte fixatie 4. Voedsel en vocht
Ziekenhuisafdelingen	45	0	
Thuiszorg	14	0	
Totaal	236	9,7	1. Afzondering

- 
2. Zware fixatie
  3. Deur op slot
  4. Medicatie
  5. Beperkingen telefoonverkeer
  6. Gecamoufleerde medicatie
  7. Voedsel/vocht
  8. Beperkingen ontvangen bezoek
  9. Lichte fixatie
- 

Eén huisarts maakte in 2002 mee dat er dwangbehandeling moest worden toegepast bij verstandelijk gehandicapten, zonder dat daar andere zorgverleners bij betrokken waren. Het betrof 10 patiënten.

Van de logeerhuizen die in 2002 dwangbehandeling toepasten, betrof het bij één huis afzondering en bij één huis fixatie door middel van Zweedse banden. In beide huizen ging het om één tot vijf cliënten.

#### **7.5.7.2 Zorgaanbieders van uitsluitend zorg voor verstandelijk gehandicapten**

Bij instellingen die zich uitsluitend met zorg aan verstandelijk gehandicapten bezighouden, blijkt het heel moeilijk in te schatten in hoeverre in concrete gevallen daadwerkelijk sprake is van dwang. Zoals beschreven komt het veelvuldig voor dat maatregelen worden met toestemming van de cliënt of van diens vertegenwoordiger in het zorgplan opgenomen. Op het moment van de feitelijke toepassing kan er sprake zijn van dwang.

*‘De afzondering wordt ook doorgezet als de cliënt tegenstribbelt, want ik denk met name ook met de cliënten waar wij mee te maken hebben dat structuur en duidelijkheid heel belangrijk is. Het is dan noodzakelijk om, ook al denk ik er misschien anders over, toch die M&M door te zetten. Gewoon ook om die duidelijkheid naar die cliënt toe te hebben.’ (begeleider GVT)*

Op het moment van toepassing is het mogelijk dat de afweging om de toepassing te doen, ondoordacht is. Er moet snel gehandeld worden en dikwijls wordt de afweging door één of twee personen gemaakt. Een arts of orthopedagoog is dan niet betrokken. Wel wordt de toepassing in een aantal zorgvoorzieningen achteraf geëvalueerd.

Vertegenwoordigers worden over de feitelijke toepassing niet in alle instellingen consequent geïnformeerd. Op het moment dat de dwangbehandeling noodzakelijk wordt geacht wordt nergens overleg gevoerd met vertegenwoordigers. Deze kunnen toestemming voor uitvoering voor dat deel van het zorgplan op dat moment dus niet weigeren, waardoor dan om die reden geen dwangbehandeling in de zin van de Wet Bopz kan ontstaan.

Volgens de respondenten komt het regelmatig voor dat cliënten zich vrijwillig laten afzonderen, of er zelfs expliciet om vragen. In hoeverre er dan sprake is van een weloverwogen toestemming kan met dit onderzoek niet achterhaald worden. Uit enkele interviews, blijkt dat cliënten in een aantal gevallen geconditioneerd zijn om vrijheidsbeperkende handelingen te ondergaan geen weet hebben van alternatieve mogelijkheden.

*‘Je ziet ook heel veel hospitalisatie binnen de voorziening, omdat ze het al jaren gewend zijn. Het kan zelfs zo zijn dat een groepsleider al met zijn ogen min of meer of door een woord zeggen van is het weer zo ver, dat de cliënt al weet oh ik kan beter naar mijn kamer gaan’ (sectormanager concern verstandelijk gehandicaptenzorg)*

*‘Mijn dochter heeft heel goed door als ze niet van haar kamer mag afkomen. Als ze er niet af mag komen, dan komt ze er ook niet vanaf. Dan hoeft ze dus ook de deur niet op slot. Dan weet ze dat ze haar komen halen als ze er weer uitmag. (vertegenwoordiger GVT)*

*‘Het belangrijkste strategiemiddel dat we hier hebben is dat we iemand nog altijd door middel van een gesprek op vrijwillige basis een time-out kunnen aanbieden. Hier maken we zeg maar in 99*

van de 100 gevallen wel gebruik van. (begeleider GVT)

Begeleiders passen soms vrijheidsbeperkingen toe, omdat dit al jaren zo gebeurt. Uit de interviews blijkt verder dat het begrip verzet nauwelijks onder de respondenten leeft. Bij dagbestedingscentra en logeerhuizen beschouwt men toepassingen van vrijheidsbeperkingen niet als dwangbehandeling en ook in de gezinsvervangende tehuizen komt het begrip nauwelijks ter sprake.

*‘Verzet, ja dat is lastig. Je moet het heel goed kunnen verantwoorden en daar zijn alle medewerkers duidelijk van op de hoogte, van als je iets doet, prima, maar je moet het kunnen verantwoorden en daar kun je op afgerekend worden. En bij verzet bij beschermende maatregelen die van tevoren zijn afgesproken, ja dan kan verzet erg ver gaan natuurlijk, maar heel vaak is het zo dat je uit bescherming van de cliënt toch doorgaat, ondanks dat er verzet is. Want verzet komt vaak voort uit agressie en agressie is een aanleiding om een persoon af te zonderen bijvoorbeeld.’ (locatiehoofd GVT)*

*‘Hij verzet zich er ook wel eens tegen als ze hem op zijn kamer zetten. Ja, dan gaat hij soms helemaal te keer. Maar het is gewoon nodig, om tot rust te komen. Eén van de begeleiders heeft hem een keer in de houdgreep genomen, toen was er echt totaal niks meer met hem te beginnen. Ook niet toen ze hem op zijn kamer zetten en de deur op slot. En die heeft hem toen echt vastgehouden. Ze hield hem zo lang vast totdat hij ineens een zucht slaakte en toen kwam hij tot rust.’ (vertegenwoordiger GVT)*

Op centraal niveau kennen respondenten het begrip vanuit de intramurale zorg en uit die gesprekken komt op de meeste plaatsen naar voren dat verzet tegen een beperking consistent dient te zijn, vooraleer men van dwangbehandeling spreekt. In één instelling wordt, overigens nog niet zo lang, als uitgangspunt gehanteerd dat ieder verzet tot verzet moet worden gerekend, maar de respondent betwijfelt of dit in de praktijk door iedereen wel zo gehanteerd wordt.

### **7.5.7.3 Aanbieders van zorg mede aan verstandelijk gehandicapten**

Ook in de thuiszorg en bij ziekenhuizen speelt het probleem dat verzet van cliënten niet altijd als zodanig wordt herkend dan wel gekwalificeerd, waardoor bepaalde handelingen ten onrechte niet als dwangbehandeling worden bestempeld.

Volgens de respondenten in de thuiszorg komt het zeer sporadisch voor dat vrijheidsbeperkingen onder dwang worden toegepast. In dat geval moet er echt sprake zijn van een noodsituatie, zo formuleert één van de respondenten dit:

*‘Maar dan moet het ook echt wel nood zijn. Ik bedoel dan moet iemand dan ook echt zijn huis in elkaar rammen, dat de GGD erbij komt en weet ik niet wie allemaal. Maar dat komt bijna nooit voor.’ (stafmedewerker thuiszorg)*

De weinige situaties waarin men aangeeft, dat inderdaad dwang wordt toegepast, vinden volgens de respondenten met name plaats bij het geven van eten en drinken, of om medische redenen, bijvoorbeeld om te voorkomen dat iemand zijn katheter eruit trekt. Als het gaat om medicatie zal in zo'n geval eerder gekozen worden voor een gecamoufleerde toediening, hetgeen door veel respondenten niet als een dwangtoepassing wordt gezien. Bij normale verzorgende handelingen, zoals douchen of aankleden wordt volgens de respondenten geen dwang gebruikt. Respondenten stellen dat men in geval van weigering er altijd door middel van overleg uitkomt.

De ondervraagde huisartsen hebben zelf nog nooit dwangbehandeling toegepast bij één van hun verstandelijk gehandicapte patiënten. Wel geven huisartsen aan dat soms enige drang gebruik wordt gemaakt om de patiënt te overreden een bepaalde behandeling te ondergaan.

*‘In de verstandelijk gehandicaptenzorg kun je heel goed bespreken dat ze niet zwanger moeten worden. Dat is ook zo iets. Geef je ze verplicht de pil of de prikpil. Terwijl er toch vrouwen zijn die*

*heel graag een kind willen en dan zeg je dat het niet kan. Dan wordt niet helemaal tegen de zin anticonceptie gegeven, maar het zit er wel dicht tegenaan. Omdat wij denken dat het niet kan.'* (huisarts)

Eén huisarts stelt zonodig wel dwang moet worden toegepast.

*'Soms snappen ze niet wat er moet gebeuren en dan moet je enige vorm van dwang toepassen. Ik vind bijvoorbeeld dat je een verstandelijk gehandicapte met geen benul van gevaarlijkheid niet zelfstandig kunt laten rondlopen, maar dat vind ik nog wel iets anders dan iemand aan zijn bed vastmaken.'* (huisarts)

De huisarts die veelvuldig bij voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten komt, constateert wel dat daar vrijheidsbeperkingen worden toegepast. Of er sprake is van dwang weet ze niet.

In de ziekenhuizen krijgt men in vergelijking met de andere zorgaanbieders vaker met dwang te maken. Respondenten geven aan dat ze te maken krijgen met (hevig) verzet en agressie, waardoor het nemen van dwangmaatregelen noodzakelijk kan zijn. Uit de gegeven antwoorden komt niet alleen naar voren dat men verzet en agressie vaker tegenkomt, maar ook dat de situaties in het algemeen wat duidelijker zijn dan bij de andere onderzochte zorgaanbieders.

Het kan dan gaan om onder dwang injecteren of fixatie door middel van Zweedse banden of polsbandjes. Ook het toepassen van verzorgende handelingen, bijvoorbeeld wassen, onder dwang komt voor. Dergelijk optreden komt bij verschillende patiëntengroepen voor, psychogeriatrische patiënten, psychiatrische patiënten, mensen die een delier hebben na een operatie. Geïnterviewden geven aan dat het ook bij verstandelijk gehandicapten kan gebeuren, maar geen van de ondervraagden heeft er zelf ervaring mee.

Ook in de ziekenhuizen wordt door middel van overreding getracht een dwangtoepassing te voorkomen.

In het algemeen wordt bij dwangtoepassingen met de familie overlegd. Als deze het er niet mee eens is vindt de dwangtoepassing in het algemeen ook niet plaats. Ook hier probeert men vaker door middel van overreding tot overeenstemming te komen en kan dit betekenen dat de vertegenwoordiger uiteindelijk weinig keus wordt gelaten.

#### **7.5.7.4 Conclusie**

Het is moeilijk vast te stellen of dwangtoepassingen in de zorg aan verstandelijk gehandicapten vaak voorkomen. Meestal wordt in het zorgplan vastgelegd, hoe te reageren op bepaald gedrag van de cliënt. Dit wordt uitgebreid besproken in zorgteam en met vertegenwoordigers en eventueel de cliënt zelf. Doet de situatie zich uiteindelijk voor dan wordt dit niet snel als dwangbehandeling beschouwd. Het begrip verzet wordt verschillend geïnterpreteerd, maar het kan ook zijn dat een cliënt dermate gehospitaliseerd is dat van verzet in het geheel geen sprake is. Verstandelijk gehandicapten lijken op het moment dat de noodzaak van een toepassing zich voordoet, volgens respondenten vaker niet in staat te zijn om een weloverwogen beslissing te nemen.

Vertegenwoordigers worden over de noodzaak van de feitelijke toepassing van een vrijheidsbeperking niet consequent geïnformeerd, zo blijkt uit interviews.

Er is een verschil in kennis over 'verzet' tussen aanbieders van zorg aan uitsluitend verstandelijk gehandicapten en 'gemengde' zorginstellingen. Dit valt op te maken uit het kwantitatieve onderzoek. Bij de laatste groep is die kennis minder. Dit kan betekenen dat dwangtoepassingen in ziekenhuizen en thuiszorginstellingen bij verstandelijk gehandicapten, ondanks het feit dat ze hier niet gerapporteerd worden, in de praktijk toch voorkomen.

## 7.5.8 Noodsituaties

### 7.5.8.1 Algemeen

Naast situaties waarbij het zorgplan niet kan worden uitgevoerd omdat de cliënt zich verzet kan het ook voorkomen dat dwangtoepassingen van vrijheidsbeperkingen plaatsvinden in onverwachte situaties.

Een noodsituatie is voor de meeste respondenten in de eerste plaats een moment waarop er gevaar voor de cliënt zelf is (85,7%; n=371) of voor anderen dan de cliënt (73,5%). 36,4% vindt een noodsituatie een moment waarin er geen tijd is om toestemming te vragen, en 30,5% een situatie waarin er onvoldoende toezicht is op de cliënt.

**Tabel 7-17 Gemiddelde percentage zorgaanbieders dat in 2002 vrijheidsbeperkingen toepaste in noodsituaties, in procenten**

Zorgaanbieder	N=	Percentage dwang-behandeling	Meest voorkomende maatregel
GVT	55	38,2	1. Afzondering 2. Zware fixatie 3. Medicatie 4. Deur op slot 5. Gecamoufleerde medicatie 6. Controle poststukken 7. Beperkingen telefoonverkeer 8. Beperkingen ontvangen bezoek
Dagverblijven voor ouderen	42	31,0	1. Medicatie 2. Afzondering 3. Lichte fixatie 4. Zware fixatie 5. Deur op slot 6. Voedsel/vocht
Ziekenhuisafdelingen	45	24,4	1. Zware fixatie 2. Medicatie 3. Lichte fixatie 4. Afzondering 5. Bedhekken
Logeerhuis	7	14,2	1. Afzondering
Kinderdagverblijven	51	11,8	1. Afzondering 2. Deur op slot 3. Zware fixatie
Huisartsen	29	6,9	1. Deur op slot 2. Afzondering
Thuiszorg	14	0	
Totaal	243	30,9	1. Afzondering 2. Deur op slot 3. Medicatie 4. Zware fixatie 5. Lichte fixatie 6. Bedhekken 7. Beperkingen ontvangen bezoek 8. Beperkingen telefoonverkeer 9. Voedsel/vocht

17,2% van de huisartsen die geconfronteerd worden met vrijheidsbeperkingen, is in 2002 betrokken geweest bij noodsituaties waarin vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast werden bij verstandelijk gehandicapten, zonder dat daar een andere zorgverlener bij betrokken was. 10,3% van de huisartsen maakt gewag van noodsituaties waarin vrijheidsbeperkingen werden toegepast waarbij uitsluitend een mantelzorger betrokken was.

Eén logeershuis gaf aan in 2002 vrijheidsbeperkingen toe te passen in een noodsituatie. Het ging om afzondering bij minder dan vijf cliënten.

#### **7.5.8.2 Aanbieders van zorg uitsluitend voor verstandelijk gehandicapten**

Afzondering, volgens de respondenten meest voorkomende toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen, wordt in het algemeen bij de instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg in noodsituaties toegepast. Geregeld vindt dit onder dwang plaats, maar in het zorgplan is voorzien dat in deze situaties met afzondering gereageerd wordt. Onvoorziene situaties waarin iemand afgezonderd wordt, en waarover dus niets in het zorgplan is vastgelegd komen volgens de respondenten tijdens de interviews hoogst zelden tot nooit voor. Dit is in tegenspraak met hetgeen uit het kwantitatieve onderzoek blijkt. Mogelijk beschouwt men bij het beantwoorden van de enquête het escaleren van bepaalde situaties als noodsituatie, maar houdt men met deze escalaties wel rekening in het zorgplan. Een andere verklaring is dat noodsituaties een minder negatieve connotatie hebben dan dwangtoepassingen, en een situatie waarin moet worden opgetreden liever als noodsituatie dan als dwangbehandeling beschouwt.

#### **7.5.8.3 Aanbieders van zorg mede aan verstandelijk gehandicapten**

Noodsituaties in de thuiszorg worden voornamelijk geassocieerd met het weglopen van mensen die gaan dwalen op straat, of situaties waarin cliënten brandgevaar veroorzaken doordat ze het gas open laten staan. Het komt zeer weinig voor dat in die situatie middelen of maatregelen moeten worden toegepast. Als dit gebeurt gaat het doorgaans om medicatie. Uit de interviews is niet gebleken dat dit zich bij verstandelijk gehandicapten vaker voordoet dan bij andere patiënten.

Huisartsen hebben in thuissituaties incidenteel te maken met noodsituaties, waarbij middelen of maatregelen moesten worden toegepast, echter nooit bij verstandelijk gehandicapten. Vanuit voorzieningen van verstandelijk gehandicaptenzorg hebben de respondenten nog nooit te maken gehad met een noodsituatie.

In ziekenhuizen komen noodsituaties waarbij vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast geregeld voor. Het gaat dan veelal om toepassingen van Zweedse banden en andere vormen van vastbinden van patiënten, maar ook medicatie wordt dikwijls gebruikt. Evenmin als uit de interviews met de thuiszorg blijkt hier dat dit bij verstandelijk gehandicapten vaker zou gebeuren dan met andere patiënten. Wel komt uit de gesprekken met respondenten uit ziekenhuizen naar voren dat de meesten geen onderscheid maken tussen dwangtoepassingen die voortvloeien uit het zorgplan dat men heeft opgesteld, en vrijheidsbeperkingen die in een noodsituatie worden gebruikt. In beide situaties spreekt men van dwangbehandeling.

Verder komt uit de interviews naar voren dat bij noodsituaties in drie van de onderzochte ziekenhuizen er niet altijd een arts wordt bijgehaald.

*'Het kan ook voorkomen dat patiënten agressief naar je toe zijn, daar zal ook op ingespeeld moeten worden door verpleegkundigen, want dan spreek je best wel over een nijpende situatie.'* (verpleegkundige afdeling cardiologie ziekenhuis)

#### **7.5.8.4 Conclusie**

Noodsituaties waarin vrijheidsbeperkende maatregelen moeten worden toegepast bij verstande-

lijk gehandicapten, komen volgens de uitkomsten van het kwantitatieve onderzoek vaker voor dan toepassingen bij wijze van dwangbehandeling. Dit komt niet overeen met uitslatingen tijdens de interviews dat onvoorziene situaties waarin moet worden opgetreden zich vaak voordoen. Respondenten benadrukken juist dat toepassingen in geval van escalaties, meestal vast zijn gelegd in het zorgplan, zodat zorgverleners weten hoe te handelen. Een verklaring voor deze discrepantie is dat men dergelijke escalaties liever tot noodsituatie bestempeld dan tot dwangbehandeling. In ziekenhuizen komen noodsituaties bij een kwart van de afdelingen die zorg verlenen aan verstandelijk gehandicapten voor. Thuiszorginstellingen geven aan met betrekking tot verstandelijk gehandicapten noch bij wijze van dwangbehandeling, noch in noodsituaties vrijheidsbeperkingen toe te passen.

## 7.6 Overige beperkingen

Hiervoor bleek al dat buiten de vrijheidsbeperkingen die worden genoemd in het Besluit Midden en Maatregelen in de onderzochte zorgvormen geregeld individuele vrijheidsbeperkingen worden toegepast: iemand mag maar tien sigaretten per dag roken, niet te veel eten, niet zelfstandig van huis. Onderzocht is verder in hoeverre de verschillende zorgvormen huisregels hanteren waarin vrijheidsbeperkingen voorkomen.

Bij drie concerns voor verstandelijk gehandicaptenzorg hebben huisregels nadrukkelijk de aandacht, ook op plaatsen waar de Wet Bopz niet van toepassing is. Bij twee concerns heeft de M&M-commissie onderzocht wat er aan huisregels wordt toegepast bij alle locaties. Een respondent vertelt dat dit onderzoek moeite kost:

*‘Als wij onderzoek doen naar die huisregels, leeft het semi-muraal niet zo sterk. We hebben rond die huisregels een eerste check gedaan. We hebben teamleiders gevraagd om te reageren op vier vragen. Hetgeen je retour krijgt na twee keer vragen is bij semi-muraal nog steeds veel minder dan bij intramuraal. Wat dat betreft is het nog niet iets wat vanzelfsprekend is of de teamleiders zijn te laconiek.’ (sectormanager concern verstandelijk gehandicaptenzorg)*

*‘Elke locatie heeft moeten beschrijven of er wel of geen huisregels zijn en en men heeft de opdracht gekregen de huisregels een keer per jaar te evalueren. Op het moment dat de locatiemanagers de huisregels op papier gingen zitten, zagen ze eigenlijk wat voor onzin ze de afgelopen jaren allemaal toegepast hadden. Van huisregels is het gevaar dat ze generatie op generatie worden meegegeven. Er waren huisregels bij die vooroorlogs waren. Die absoluut niet meer van deze tijd waren, maar waarbij niemand zich afvraagt van: hé, waarom is dat eigenlijk of waarom doen we dat eigenlijk nog?’ (zorgmanager concern verstandelijk gehandicaptenzorg)*

Vier van de vijf GVT's hebben schriftelijke huisregels opgesteld. Vaak gaat het om beperkingen van plaatsen waar gerookt mag worden. Bij twee huizen mogen de bewoners in het geheel niet binnen roken, bij een derde mag het uitsluitend op de eigen kamer. Bij één huis moeten de bewoners voor 23.00 uur binnen zijn en bevatten de huisregels 'hygiëne-eisen'. Er is ook een GVT waar de huisregels 'kledingvoorschriften' bevatten. Opvallend is dat verschillende respondenten benadrukken dat de huisregels 'gewone regels zijn die in een normaal gezin ook gelden'.

Aan de andere kant stellen respondenten dat huisregels de laatste jaren meer op het individu worden afgestemd. Waar vroeger mensen op een bepaald tijdstip binnen moesten zijn, wordt nu gekeken wat een cliënt aankan. Een begeleider van een GVT zegt:

*‘Onze huisregels zijn individueel gericht. Algemene huisregels gelden natuurlijk overal. Je hebt bepaalde gedragsregels waar je aan moet voldoen. Maar nee, ik denk dat het van de cliënt afhangt, wat iemand wel en niet aankan. Maar algemene gedragsregels zijn er niet echt. Sommige cliënten mogen bijvoorbeeld niet verder dan deze klapdeuren, omdat het toch een gebouw is die gangen naar beide groepen heeft. Bedtijden zijn ook individueel. Dit soort zaken wordt ook allemaal in het leefplan vastgelegd.’ (begeleider GVT)*



Desondanks komen beperkingen die voor een hele groep gelden voor. In alle gevallen waarin dit uit de interviews blijkt, vloeit dit voort uit het feit dat één of meer van de bewoners gedrag vertonen, waarvan men noodzakelijk acht dat het beperkt wordt. In zulke gevallen gaat het met name om wegloupedrag, of de neiging om te veel te eten. Een dergelijke werkwijze is bij verschillende zorgvormen, gezinsvervangende tehuizen en een logeerhuis geconstateerd.

*‘De keuken, afhankelijk van de medebewoners wordt die soms afgesloten, of de kastjes. Zelfs in een groep van zes kinderen. Als daar een weglouperje inzit, gaat de voordeur standaard op slot.’ (sectormanager concern verstandelijk gehandicaptenzorg)*

*‘Enkele locaties hebben de buitendeur op lot. En vaak is dat maar voor een of twee cliënten of deelnemers en de anderen zijn daar dan de dupe van, als ze tenminste zelf geen sleutel krijgen. Maar zoiets staat wel altijd in de huisregels. (zorgmanager concern verstandelijk gehandicaptenzorg)*

Geen van de twee bezochte logeerhuizen heeft overigens schriftelijke huisregels opgesteld. Een dagverblijf heeft samen met de cliënten regels opgesteld. Ze staan ook op schrift. Hoewel de buitendeur niet wordt afgesloten is één van de regels wel dat deelnemers niet zelfstandig de straat op mogen.

*‘De mensen kunnen hier niet vrij de deur uit lopen Het kan wel, maar het gebeurt niet. Mensen willen wel eens. En dat is dat stukje wegloupen, dan moet je wel ingrijpen omdat niet iedereen verkeersveilig is. Als het gebeurt hebben we ook een heel plan daarvoor.’ (locatiehoofd dagbestedingscentrum)*

De overige dagverblijven hebben geen huisregels opgesteld, maar betogen dat regels gelden die ook binnen een normale werkrelatie gelden, zoals bijvoorbeeld op tijd beginnen.

Van de onderzochte thuiszorginstellingen en ziekenhuizen hebben slechts enkele ziekenhuizen huisregels of –reglementen. Daarin komen geen beperkingen voor verstandelijk gehandicapten voor.

#### **7.6.1.1 Conclusie**

Bij concerns voor verstandelijk gehandicaptenzorg hebben beperkingen in huisregels in toenemende mate de aandacht. Hier constateert men dat semi-murale en extramurale voorzieningen er nog maar weinig aandacht voor hebben. Bij de bezochte locaties is die aandacht wisselend: sommigen zijn zich wel bewust van de beperkingen die zich erin kunnen voordoen, bij anderen is dit minder duidelijk. Er zijn plaatsen waar het gedrag van één van de cliënten beperkingen tweeweg kan brengen voor de hele groep.

Bij andere zorgaanbieders zijn er meestal geen huisregels of reglementen. Als ze er zijn, zijn er voor verstandelijk gehandicapten niet meer beperkingen dan voor andere cliëntengroepen.

### **7.7 Toezicht**

#### **7.7.1.1 Algemeen**

De meeste respondenten vinden voor het toezicht bij het uitvoeren van vrijheidsbeperkende maatregelen degenen verantwoordelijk die de maatregelen ook toepassen. (70,7%; n=331). In iets mindere mate vindt men de teamleider verantwoordelijk (52,9%). 29,3% vindt de behandelend arts verantwoordelijk, 12,7% vindt de mantelzorgers verantwoordelijk en 7,3% houdt geen toezicht. Meer dan de helft van de zorgaanbieders heeft 24-uurstoezicht (62,4%). 16,2% heeft alleen overdag toezicht, 12,1% houdt afhankelijk van de situatie zo vaak mogelijk toezicht en 4,5% doet het op de reguliere zorgmomenten. Als er sprake is van dwangbehandeling of toepassingen van vrijheidsbeperkingen in noodsituaties wordt het toezicht bij instellingen voor

verstandelijk gehandicaptenzorg verscherpt. Beduidend meer instellingen (72,5%) geven aan dan 24-uurstoezicht te hebben, terwijl nauwelijks nog instellingen zeggen dat er geen toezicht is.

Eerder werd reeds vermeld dat bij drie concerns voor verstandelijk gehandicaptenzorg de M&M-commissie is belast met het toezicht op toepassingen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Zij toetsen dikwijls achteraf hoe de procedure is nageleefd. Verder kent een aantal instellingen een multidisciplinair overleg, ook bij de semi-murale en extramurale voorzieningen, waarin vrijheidsbeperkingen worden besproken. Eén concern erkent bij monde van de geneesheer-directeur dat het toezicht door middel van de M&M-commissie nog niet goed geregeld is.

#### **7.7.1.2 Gezinsvervangende tehuizen**

De meeste respondenten uit gezinsvervangende tehuizen vinden teamleider verantwoordelijk voor de uitvoering van van vrijheidsbeperkingen de maatregelen (76,3%; n=38). 63,2% vindt degenen die vrijheidsbeperkingen toepassen ook verantwoordelijk voor het toezicht. 35,2% vindt de behandelend arts verantwoordelijk. Eén gezinsvervangend tehuis is van mening dat de mantelzorgers verantwoordelijk zijn (2,6%) en 5,3% houdt geen toezicht. 5,6% van de GVT's geeft aan dat er alleen 's nachts toezicht is en 2,8% alleen overdag. Het feit dat uitsluitend overdag of 's nachts toezicht op toepassingen van vrijheidsbeperkingen plaatsvindt zou mogelijk samen kunnen hangen met de aard van de maatregelen die worden toegepast. 2,8% van de GVT's ten slotte houdt afhankelijk van de situatie zo vaak mogelijk toezicht.

Uit het kwalitatief onderzoek blijkt dat feitelijk toezicht bij de meeste GVT's overdag plaatsvindt naar behoefte. Er worden individuele protocollen opgesteld hoe met een bepaalde bewoner om te gaan. Dit vormt onderdeel van het zorgplan. Vrijheidsbeperkende maatregelen spelen een rol bij de manier waarop dat gebeurt.

*'Toezicht is afhankelijk van de cliënt. Bepaalde cliënten kunnen vrij zelfstandig leven door alleen soms een blik om de hoek te werpen. Anderen moet je continu in de gaten houden. Dit wordt allemaal vastgelegd in een individueel protocol.'* (locatiehoofd GVT)

Bij twee GVT's die zijn bezocht wordt geen speciaal beleid gevoerd ten aanzien van het toezicht. Volgens een respondent is dat juist een sterk punt.

*'We hebben hier een bewoner die niet naar buiten mag. Op de plaats waar hij hiervoor verbleef wist hij perfect wat de momenten waren waarop er geen toezicht was. Daar scheen hij ook goed gebruik van gemaakt te hebben. De kracht van ons is dat de bewoners nooit weten wanneer wij waar zijn. Ook omdat wij dat domweg zelf ook niet weten. Daarnaast zijn we er ook goed in om bewoners sterk te maken om naar ons toe te komen als er wat gebeurt. En daar heb ik ook heel veel ervaring mee. We zeggen dikwijls tegen bewoners, kom maar als het niet goed voelt.'* (teamleider GVT)

Bij de andere GVT worden overdag de cliënten op bepaalde momenten bij elkaar gebracht in de algemene ruimte. Als cliënten dat niet willen mogen ze op hun eigen kamer blijven.

*'Als begeleiding zit je dan eigenlijk altijd bij de groep. En als er heel weinig mensen zijn in de serre en ik heb nog wat kantoorwerk, dan zit ik vaak hier met de deur open. Dan kun je toch alles horen en de bewoners weten dan ook waar ik ben. Ik loop niet op vaste tijden rondjes langs de kamers, maar je probeert wel de bewoners er zoveel mogelijk bij te betrekken.'* (teamleider GVT)

'In de nacht werken sommige GVT's met een afluistersysteem (in jargon meestal inluister- of uitluisterapparatuur genoemd) en daarnaast met een nachtdienst die af en toe een ronde maakt over diverse locaties. Anderen werken met een slaapdienst.

*'In de nachtsituatie is de minste begeleiding aanwezig, maar er zijn nog steeds wakende diensten. Als je kijkt naar de gezinsvervangende tehuizen of socio-woningen, daar zijn slaapdiensten. Het toezicht is dan natuurlijk wel minder en je hebt ook akoestische inluistersystemen voor cliënten die epilepsie of andere gevaren hebben.'* (sectormanager concern verstandelijk gehandicaptenzorg)

*'Bij verschillende GVT's werken wij met zo'n uitluistersysteem. Daarmee hoop je dan bij situaties waar het toezicht niet afdoende is iets te ondervangen. Meestal is dat ook zo, maar laatst had ik een melding dat iemand half uit zijn bed hing en dat werd bij toeval door een ronde ontdekt en niet door het uitluistersysteem. Dat gebeurt dus wel dat men het niet hoort. De rondes zijn ook maar beperkt. Er zijn er drie per nacht en er kan nog steeds wat gebeuren tussenin.'* (beleidsmedewerker concern verstandelijk gehandicaptenzorg)

Of er verscherpt toezicht wordt gehouden als er vrijheidsbeperkende maatregelen plaatsvinden, is sterk afhankelijk van de cliënt en van de aard van de maatregel die is genomen. Bij afzondering blijft men er in sommige gevallen bij, zo blijkt uit gesprekken, terwijl men mensen ook wel opsluit. Ook de zorgvisie van de instelling kan hierbij een rol spelen. Bij één instelling vinden de respondenten dat afzondering niet kan als er geen begeleiding bij is.

### **7.7.1.3 Dagverblijven**

Het toezicht bij dagverblijven voor ouderen en voor kinderen bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen lijkt op dezelfde manier te zijn georganiseerd. De meeste respondenten van deze zorgaanbieders melden dat de teamleider verantwoordelijk is voor de uitvoering (DVO: 82,6%; n=23; KDV: 78,0%; n=41). Ook vinden velen degenen verantwoordelijk die de vrijheidsbeperkende maatregelen ook toepassen (65,2% resp. 63,4%). 4,3% van de DVO's en 9,8% van de KDV's is van mening dat de mantelzorgers zijn voor het toezicht op vrijheidsbeperkende maatregelen. 9,8% van de KDV's en 8,7% van de DVO's houdt geen toezicht bij het toepassen van vrijheidsbeperkingen. 42,9% van de dagverblijven voor ouderen en 5,0% van de kinderdagverblijven zegt dat er 24 uren-toezicht plaatsvindt. Mogelijk hebben deze dagverblijven (tevens) cliënten die in een andere zorgvorm wonen, of zijn deze van mening dat de mantelzorgers thuis ook toezicht houden. 4,8% van de DVO's en 2,5% van de KDV's houdt afhankelijk van de situatie zo vaak mogelijk toezicht en de overigen hebben alleen overdag toezicht (DVO: 52,4%; KDV: 87,5%).

Bij de dagbestedingscentra voor ouderen die bezocht zijn vindt afzondering uitsluitend plaats in aanwezigheid van begeleiders. Bij een centrum bevinden de deelnemers zich doorgaans in één ruimte met meerdere begeleiders. Er is altijd voldoende personeel aanwezig, ook als een ander lid vanwege een afzondering van een van de cliënten er even niet bij is.

Het dagbestedingscentrum dat wel eens cliënten schorst stelt dat er dan wel eens een probleem is met toezicht:

*'Als er hier in huis afgezonderd wordt dan is er gewoon toezicht. Maar als we mensen schorsen en naar huis sturen, dan is er vanaf het moment dat ze hier de deur uitlopen geen toezicht meer. Dat is ook ingewikkeld. We sturen ze wel weg, maar hebben ook altijd contact met de thuissituatie van ze komen eraan. Het kan zijn dat mensen zelfstandig met een brommertje naar huis gaan. Of inderdaad op zichzelf wonen en daar kan ook van alles gebeuren. En dat is een vervelend stuk hoor, dat vinden mensen hier ook vervelend. Die dame die vaak wegloopt, dat vindt men hier ook vervelend, want je weet niet wat ze uitvreet. Alleen daar kunnen we dus niks aan doen'* (locatiemanager dagbestedingscentrum)

### **7.7.1.4 Logeerhuizen**

Bij vrijwel alle onderzochte logeerhuizen is de teamleider verantwoordelijk voor het toezicht bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Daarnaast geven vijf van de zeven huizen aan dat de behandelend arts en degenen die de vrijheidsbeperkende maatregelen toepassen verantwoordelijk zijn. Zes huizen (85,7%) delen mee dat zij 24-uurstoezicht hebben en één huis zegt dat er afhankelijk van de situatie zo vaak mogelijk toezicht is bij de toepassing van vrijheidsbeperkingen.

Bij de logeerhuizen is zowel overdag als 's nachts iemand aanwezig. Als er vrijheidsbeperkin-

gen worden toegepast wordt extra op de personen gelet. Er worden geen problemen ervaren doordat te weinig toezicht voorhanden is.

#### **7.7.1.5 Thuiszorg**

71,4% van de thuiszorginstellingen (n=35) is van mening dat degenen die vrijheidsbeperkende maatregelen toepassen ook verantwoordelijk zijn voor het toezicht. 51,4% van de thuiszorginstellingen vindt dat de mantelzorgers voor het toezicht verantwoordelijk zijn. Verder vindt 31,4% dat de behandelend arts verantwoordelijk is en 20,0% de teamleider. 17,1% geeft aan dat er geen toezicht wordt gehouden ingeval van toepassingen van vrijheidsbeperkingen. 39,3% van de thuiszorginstellingen die toezicht uitoefenen, biedt 24-uurstoezicht. 17,9% doet het afhankelijk van de situatie zo vaak mogelijk en 32,1% houdt uitsluitend toezicht op de reguliere contactmomenten.

De meeste thuiszorginstellingen hebben dus geen permanent toezicht op cliënten. Hoe vaak ze bij een cliënt langskomen is afhankelijk van de zorgzwaarte en de woonsituatie. De frequentie van de bezoeken varieert van een keer per dag tot vier á vijf keer per etmaal. Ook 's nachts komt men wel controleren of verzorgen, of iemand op het toilet helpen. In een enkel geval komt het echter wel voor dat iemand een nachtwacht krijgt die permanent toezicht houdt. Geen van de instellingen kan aangeven of er op het moment van interviewen verstandelijk gehandicapte cliënten zijn bij wie dat gebeurt.

#### **7.7.1.6 Huisartsen**

69,2% van de huisartsen die met vrijheidsbeperkende maatregelen te maken krijgen (n=26), vindt dat degenen die vrijheidsbeperkingen toepassen ook verantwoordelijk zijn voor het toezicht ervan. Slechts 25% vindt de behandelend arts verantwoordelijk voor het toezicht en de overigen geven aan dat de mantelzorgers verantwoordelijk zijn (33,3%) of dat hen niet bekend is wie toezicht houdt. (20,8%) 38,5% van de huisartsen geeft aan dat de patiënten op wie vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast 24-uurstoezicht hebben, en 7,7% zegt dat het afhankelijk van de situatie is hoe het toezicht wordt geregeld, maar in ieder geval zo vaak mogelijk. 3,8% van de patiënten heeft alleen overdag toezicht. De overige huisartsen weten niet hoe het toezicht geregeld is.

De geïnterviewde huisartsen hebben vanuit hun positie, waarbij ze uitsluitend kortdurend met patiënten te maken weinig opmerkingen over toezicht op patiënten die aan vrijheidsbeperkingen onderhevig zijn. Zoals eerder beschreven hebben ze, zeker in de thuissituatie weinig ervaring met het toepassen van fysieke vrijheidsbeperkingen. Het onderwerp is slechts beperkt aan de orde gekomen. Een huisarts merkt over verstandelijk gehandicapten die thuis verblijven op dat het toezicht door de ouders wordt uitgevoerd.

#### **7.7.1.7 Ziekenhuisafdelingen**

Bij ziekenhuisafdelingen geeft driekwart van de respondenten aan dat degenen die vrijheidsbeperkende maatregelen toepassen ook verantwoordelijk zijn voor het toezicht (76,1%; n=163). 50,3% vindt het afdelingshoofd verantwoordelijk en 33,7% de behandelend arts. Ook 5,5% vindt de mantelzorgers verantwoordelijk en 6,1% houdt geen toezicht. 17,3% van de ziekenhuisafdelingen stelt dat het toezicht zo vaak mogelijk gebeurt afhankelijk van de situatie en 1,9% zegt dat het toezicht zich beperkt tot de reguliere contactmomenten. De overige afdelingen hebben 24-uurstoezicht.

In de ziekenhuizen is het geen algemeen beleid dat verstandelijk gehandicapten meer toezicht krijgen dan andere. Wanneer vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast vindt wel meer controle plaats. Ziekenhuizen met een protocol op dit terrein hebben dit ook daarin opgenomen. De frequentie waarin dit gebeurt varieert van een kwartier tot twee uur.

*'Voor zover ik weet zijn in het protocol wanneer er vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast evaluatiemomenten ingebouwd. Daar is een minimum op gezet van om de twee uur. In de*

*regel gebeurt dat natuurlijk veel vaker. Ja, in de praktijk zal het wel zo zijn dat om het half uur, drie kwartier wel iemand binnenloopt.’ (afdelingshoofd interne geneeskunde ziekenhuis).*

Een respondent meldt dat in een enkel geval ook mantelzorgers worden ingeschakeld bij het toezicht. Meestal is dit echter niet mogelijk.

Voor de nacht is er meestal één of twee verpleegkundigen per afdeling. Ook die komen zonodig vaker bij een patiënt langs, zeker ook in het geval van vrijheidsbeperkende toepassingen.

#### **7.7.1.8 Conclusie**

Bij dagverblijven in de verstandelijk gehandicaptenzorg is doorgaans permanent toezicht. Als iemand in aanwezigheid van een medewerker tijdelijk wordt afgezonderd, wordt ervoor gezorgd dat de overigen niet zonder toezicht komen te zitten. Het lijkt erop dat het toezicht met name bij gezinsvervangende tehuizen in de nacht beperkt kan zijn. Het komt voor dat één medewerker verantwoordelijk is voor meerdere locaties. In zo’n geval wordt veelal gebruik gemaakt van elektronische hulpmiddelen om het toezicht te verbeteren. Het gebruik daarvan wordt niet beschouwd als vrijheidsbeperking. De mate waarin toezicht wordt gehouden als een vrijheidsbeperkende maatregel is genomen, is afhankelijk van de maatregel en de cliënt bij wie de maatregel heeft plaatsgevonden.

Voor zover er vrijheidsbeperkingen bij thuiswonende cliënten worden toegepast, berust de verantwoordelijkheid voor het toezicht doorgaans bij de mantelzorgers. Sommige thuiszorginstellingen leveren ook (tijdelijk) 24-uurszorg. Het was de respondenten niet bekend of dit ten tijde van de interviews ook bij verstandelijk gehandicapten plaatsvond.

In ziekenhuizen is, wanneer er een protocol is voor het toepassen van vrijheidsbeperkingen, het toezicht daar ook een onderdeel in. Er wordt dan periodiek gecontroleerd.

### **7.8 Registratie en eventuele meldingen**

#### **7.8.1.1 Algemeen**

65,3% van alle instellingen die zich bezighouden met zorg aan verstandelijk gehandicapten registreert toepassingen van vrijheidsbeperkende maatregelen altijd (n=343). 21,0% registreert meestal, 7,3% doet dit af en toe en 5,8% van de zorgaanbieders registreert in het geheel niet. Het maakt voor de registratie geen verschil of er sprake is van vrijheidsbeperkingen die worden toegepast als gevolg van een overeenkomst, bij wijze van dwangbehandeling of in een noodsituatie.

Indien er geregistreerd wordt gebeurt dit in 70,7% van de gevallen in het zorgdossier. 65,7% van de zorgaanbieders doet dit in het zorgplan en 16,5% doet dit elders, te weten in de status, in een register voor meldingen van incidenten, in de FONA of FOBO-registratie, of in de dagrapportage. Tot slot heeft 9,1% van de zorgaanbieders die registreren een centrale registratie van vrijheidsbeperkende maatregelen. Bij aanbieders van zorg uitsluitend aan verstandelijk gehandicapten komt dit beduidend vaker voor dan bij de overige zorgaanbieders.

Bij alle concerns die bezocht zijn is het registreren van vrijheidsbeperkende maatregelen een punt van aandacht. Bij vier concerns is het beleid dat vrijheidsbeperkende maatregelen overal op dezelfde manier geregistreerd moeten worden, ongeacht de vraag of het een intramurale, semi- of extramurale voorziening betreft. Eén concern is bezig een dergelijk systeem op te zetten en bij twee gebeurt dit nog niet.

Een van de concerns hanteert sinds twee jaar het beleid om vrijheidsbeperkingen op dezelfde wijze te registreren als de plaatsen waar de Wet Bopz geldt. Er is een functionaris die zich uitsluitend bezighoudt met het registreren van alle gegevens. Het implementeren van het beleid op alle plaatsen waar de wet niet van toepassing is, verloopt niet vlekkeloos.

*'Het beleid om alles te registreren wordt heel erg als bureaucratisch ervaren. In '96 moest ik lullen als brugman in de intramurale setting om het er doorheen te krijgen. Nog steeds heb ik dat. Maar het grappige is dat we twee jaar geleden hebben gezegd dat het ook semi-muraal moest gelden. Want er zijn toch maatregelen waar mensen nooit over nadenken. Dat is al sinds jaar en dag en als zij gedwongen worden met die registratie te werken, dan krijgen ze ieder half jaar de kans om het met elkaar te bespreken; een verslagje te maken. Kortom: je komt in dat circuit. Dat werkt verdiepend en het is voor ons een mooie manier om het te oppelen aan de visie. Nou dus ik alle woningen weer af met de nota en eigenlijk geldt de Bopz niet voor jullie, maar het zelfbeschikkingsrecht etc. Er zijn gewoon GVT's die weigeren het te doen. Ze doen het niet. Niet vanwege het verhaal, maar gewoon vanwege het bureaucratische eromheen. En er zijn er ook een paar die het met heel veel gemor doen. Uiteindelijk dan ook wel zoiets hebben ik doe het voor jou en niet vanuit zichzelf doen. Dus ja er is heel veel weerstand.'* (beleidsmedewerker concern verstandelijk gehandicaptenzorg)

Twee sectormanagers van hetzelfde concern bevestigen dat de registratie nog niet op alle locaties goed verloopt.

Een staffunctionaris van een ander concern die eveneens een centrale registratie van toegepaste middelen of maatregelen van alle locaties bijhoudt, vindt dat de tijd die het kost om alles op een juiste manier te registreren beperkt is. Hij heeft niet de indruk dat men in het veld de registratie bureaucratisch vindt.

*'Wij hebben niet de ervaring dat de registratie bureaucratisch is. En de mening dat dit bureaucratisch zou zijn die delen we ook helemaal niet. Alleen door alles te registreren weet je wat er gebeurt en is de groepsleiding zich ook bewust van hetgeen ze mee bezig zijn. En vanuit dat bewustzijn wordt er steeds gezocht naar mildere maatregelen. Dan heb je de grootste overtuiging dat er ook iets mee gebeurt. Het is dus een heel zinvol instrument.'* (staffunctionaris concern verstandelijk gehandicaptenzorg)

De twee andere concerns hebben de registratie van middelen en maatregelen gekoppeld aan de melding van incidenten. Beiden hebben een commissie die zich met beide onderdelen bezighoudt. De commissie bespreekt de overzichten, die tevens worden opgenomen in het jaarverslag en worden doorgestuurd naar de directie en het managementteam. Ook wordt de rapportage doorgestuurd naar de inspectie. Een beleidsmedewerker betoogt dat er reeds enkele jaren mee wordt gewerkt en dat het tot effect heeft gehad dat het aantal vrijheidsbeperkingen de afgelopen perioden ook is afgenomen. Het afgelopen jaar was het afbouwen van Zweedse banden een speciaal aandachtspunt.

*'Dit jaar heb ik voor het eerst geconstateerd dat er geen afbouw meer is. Nu roept het managementteam: wij willen elke drie maanden een overzicht. Als je het verder gaat analyseren dan zie je dat er wel degelijk afname is, maar ook toename plaatsvindt. Bewoners gaan weg, bewoners komen binnen, bewoners worden slechter, bijvoorbeeld als Alzheimer gaat optreden. Dan zie je onrust, dan zie je dat op een gegeven moment dus toch een kamerdeur op slot moet. Dus op het oog klinkt het mooi als je kijkt. Maar je moet echt zo'n managementteam dwingen de diepte in te gaan en te zeggen van: nou we moeten het verder analyseren, want zo simpel is het dus niet.'* (beleidsverantwoordelijke concern verstandelijk gehandicaptenzorg)

Bovenstaande ervaringen laten zien dat het centraal registreren leidt tot een meer inzicht in problematiek rondom vrijheidsbeperkingen. Diezelfde mening is een beleidsmedewerker van een ander concern toegedaan.

*'Ik vind sowieso moeten we preciezer kijken welke informatie naar welke gebruikers gaat en hoe. Nu zijn het cijfertjes en getalletjes. Ik denk dat je bijvoorbeeld orthopedagogen meer kunt helpen om meer gericht erop te wijzen van hé in de vergelijking met voorgaande maanden zijn de afzonderingen toegenomen op die en die woningen. Dus dat je wat voorwerk doet om opvallende zaken onder de aandacht te brengen.'* (beleidsmedewerker concern verstandelijk gehandicaptenzorg)

13,7% van de instellingen die zorg bieden aan verstandelijk gehandicapten zegt toepassingen van vrijheidsbeperkingen altijd te melden aan de inspectie. 6,2% doet dit af en toe en de rest doet het nooit (n=291). Zorgaanbieders die zich uitsluitend met verstandelijk gehandicaptenzorg bezighouden melden vaker dan andere zorgaanbieders. Ongeveer de helft van de instellingen zegt hier af en toe of zelfs altijd te melden. Indien er sprake is van dwangbehandeling of toepassingen van vrijheidsbeperkingen in noodsituaties wordt er nog vaker contact gezocht met de Inspectie.

De bezochte aanbieders van zorg voor verstandelijk gehandicapten hebben doorgaans zelf geen contact met de Inspectie. Als er al meldingen plaatsvinden, dan loopt dat via het centrale management van een zorgconcern. Incidenteel zijn er wel rechtstreekse contacten. Een locatiehoofd van een gezinsvervangend tehuis heeft bijvoorbeeld zelf met de inspectie overlegd vanwege een vermeend seksueel misbruik. Verder hebben sommige medewerkers van GVT's ervaring met een (algemeen) inspectiebezoek.

Op centraal niveau stellen enkele respondenten het prettig te vinden als ze casus aan een inspecteur kunnen voorleggen. Zij hebben daar in het verleden goede ervaringen mee gehad. Een manager zegt dat dit met de huidige inspecteur niet gebeurt, hetgeen wordt betreurd. Een andere respondent beklaagt zich over het feit dat niet alles aan de inspectie doorgegeven op dit terrein.

*'Tot voor kort kreeg de inspectie van mij een uitdraai van alle geregistreerd staande middelen en maatregelen. Dus ook de M&M-akkkoord, en ook de Wgbo-achtige maatregelen. Ook van plaatsen waar de wet Bopz niet van toepassing is. Een paar maanden geleden heeft de Inspectie laten weten dat ze daar niet meer in geïnteresseerd zijn en dat ze uitsluitend nood en dwang toegestuurd willen krijgen van situaties waar de Wet Bopz geldt. Middels de nieuwe formulieren die zij daartoe in het leven geroepen hebben. Ik vind dat de inspectie zich daar te gemakkelijk van afmaakt. De inspectie zou heel kritisch moeten staan ten opzichte van alle middelen en maatregelen die gebruikt worden.'* (zorgmanager concern verstandelijk gehandicaptenzorg)

#### **7.8.1.2 Gezinsvervangende tehuizen**

Van de GVT's die vrijheidsbeperkende maatregelen toepassen wordt door 76,3% altijd geregistreerd en door 13,2% meestal (n=44). 10,2% registreert af en toe. 92,3% van de GVT's legt de toepassing van vrijheidsbeperkingen vast in het zorgplan. 56,4% doet dit in het zorgdossier en 17,9% doet het elders. Bijna een kwart van de GVT's die vrijheidsbeperkingen toepassen heeft een centraal register waarin de toepassingen van vrijheidsbeperkingen worden vastgelegd (23,1%).

In alle onderzochte GVT's worden vrijheidsbeperkende maatregelen geregistreerd. Uit de interviews blijkt dat bij de GVT's die zijn aangesloten bij de zorgconcerns waar een centraal beleid wordt gevoerd, het beleid ook bekend is. Wel lijkt het erop dat niet alle vrijheidsbeperkingen geregistreerd en gemeld worden. In tegenstelling tot wat de bedoeling is wordt er geïnterpreteerd of er sprake is van een ernstige of een lichte.

*'Bij meldingen waarvan ik weet dat ik het door moet geven aan de manager, dat zijn dus echt grote meldingen in de zin van iemand wordt opgesloten en daar zijn verder helemaal geen afspraken over, dus daar is niet een formulier voor getekend. Verder hebben wij onderlinge afspraken hier binnen deze locatie over wat ik wel doorgeef en wat ik verder zelf kan regelen.'* (locatiehoofd GVT)

Bij één gezinsvervangend tehuis wordt duidelijk dat men op de werkvloer op de hoogte is wat er met de gegevens gebeurt. Bij de overige lijkt nog geen terugkoppeling van gegevens plaats te vinden.

*'Binnen organisatie is het verplicht om ongewenste gebeurtenissen, zoals wij ook vrijheidsbeper-*

*kingen noemen te melden. Deze gebeurtenissen worden gemeld middels een formulier en dat wordt opgestuurd naar een commissie die speciaal is aangesteld om dit soort situaties te integreren, maar ook te registreren. Zodat men ook na verloop van tijd kan zien van nou, dit is zo vaak voorgekomen. Maar ook een stukje van, stel dat een cliënt hier niet meer op zijn plaats is, dan is dat binnen gewoon bekend en zal daar ook eerder een andere maatregel op genomen worden.’ (begeleider GVT)*

Bij een ander GVT wordt gewerkt met een formulier dat naar het idee van de respondent te bureaucratisch is, zodat niet alles nauwkeurig wordt bijgehouden.

*‘De formulieren die we nu hebben zijn formulieren, waar je ook moet opschrijven hoe gevoelsmatig de toestand voor jou is. Je moet een heel verhaal opschrijven, wat er gebeurd is, hoe bedreigend de situatie is. En dat maakt de drempel hoog. Niet alle incidenten worden daarom geschreven. We zijn daarom nu met een pilot bezig waarbij een eenvoudiger formulier wordt gebruikt. Want ik heb liever dat er toch op een wat eenvoudiger manier geschreven wordt, dan dat er niks geschreven wordt.’ (teamleider GVT)*

Bij één van de onderzochte GVT's wordt niet met formulieren gewerkt, maar worden toepassingen van vrijheidsbeperkingen in de rapportage vermeld.

51,4% van de gezinsvervangende tehuizen meldt nooit toepassingen van vrijheidsbeperkingen aan de inspectie. 11,4% doet dit af en toe en 37,1% doet het altijd (n=35).

### **7.8.1.3 Dagverblijven**

Van de kinderdagverblijven heeft 11,4% nog geen registratie (n=44)). Bij de dagverblijven voor ouderen betreft dit 8,3% (n=24). Van degenen die wel registreren doet 83,3% van de DVO's en 65,9% van de KDV's dit altijd en 8,3% respectievelijk 20,5% meestal. 2,3% van de KDV's registreert af en toe. Van de kinderdagverblijven die registreren doet 97,4% dit in het zorgplan, 20,5% in het zorgdossier, en 20,5% elders. 17,9% heeft een centraal register. Bij de dagverblijven voor ouderen doet 85,7% dit in het zorgplan, 38,1% in het zorgdossier, en 52,4% elders. 23,8% van de DVO's heeft een centraal register.

In de drie dagbestedingscentra, werken er twee volgens een centraal beleid. Hier wordt een formulier ingevuld dat naar een centrale plek wordt verzonden. Ook hier vinden interpretaties plaats, voordat een formulier wordt ingevuld. Als de situatie minder ernstig wordt bevonden wordt een formulier niet ingevuld, zo vertelt een respondent.

*‘Maar we hebben een cliënt die boert veel. Dat is een soort van aangeleerd gedrag. En de rest reageert daarop. Door de tijd heen heeft de rest geleerd dat ze niet al te veel moeten reageren daarop. Dan reageert hij nog fanatieker. Aangepast hebben zij zich aan hem. Maar het niveau van dat gedrag vraagt gewoon om reacties en dat gebeurt. En ik moet ingrijpen. Dat merk je al, ze zitten gewoon naar mij te kijken gewoon. Terwijl ik met hem alleen een plan heb opgezet van oké, een bepaalde mate mag wel want dat hoort wel een beetje bij jou. Dus we gaan proberen te kijken of we samen met jou dat in de hand kunnen houden. Maar het punt waarop ik reageer ligt op een ander moment dan wat de rest eigenlijk wil. Dus ja, dan komt er een vreemde wisselwerking. Dat is heel lastig. En soms, op dat gedrag verwijder ik hem wel eens. Ook naar de rest toe te zeggen: dit gaat veel te ver. Ik meld het dan niet als incident, terwijl het eigenlijk wel dezelfde impact heeft, als wanneer er sprake is van agressief gedrag. Ik reageer er hetzelfde op. Eigenlijk is het dus wel een incident. Dat is dubieus. Klopt.*

Een derde dagbestedingscentrum beschrijft toepassingen van vrijheidsbeperkingen die overigens meestal wel in het zorgplan/werkplan zijn opgenomen in de rapportage.

Van de kinderdagverblijven meldt 51,4% nooit toepassingen van vrijheidsbeperkingen aan de inspectie, 22,6% doet dit af en toe, en 19,4% meldt altijd. (n=31). 45,% van de dagverblijven



voor ouderen meldt nooit, 15% af en toe en 35% altijd (n=20).

#### **7.8.1.4 Logeerhuizen**

Alle logeerhuizen die aan dit onderzoek hebben meegewerkt en die vrijheidsbeperkende maatregelen toepassen registreren alle toepassen van vrijheidsbeperkingen. Zes huizen doen dit in het zorgplan (85,7%) en één doet dit in het zorgdossier (14,3%). Vijf van de zeven huizen hebben een centraal register (71,4%).

In de bezochte logeerhuizen wordt geregistreerd volgens het centrale beleid. Uit de interviews blijkt dat dit op een juiste manier wordt nageleefd.

*'Als er een vrijheidsbeperking wordt er een formulier kritische incidenten ingevuld. Die vult de betreffende vaste kracht in. Deze geeft die met een mondelinge toelichting aan mij, de teamleidster dus. Ik geef dit formulier aan mijn clustermanager. Die beoordeelt samen met het verdere MT of er goed gehandeld is. En als er naar aanleiding van zo'n incident iets binnen deze locatie veranderd zou moeten worden, krijgen we dat te horen. Zo hebben we nogal eens, toen we pas werkten met deze formulieren te horen gekregen dat we de situatie bijvoorbeeld uitgebreider moesten beschrijven. Weet je wel, dat soort dingen krijg je dan terug van je clusterhoofd.'* (teamleider logeerhuis kinderen)

Geen van de onderzochte logeerhuizen meldt toepassingen van vrijheidsbeperkingen aan de inspectie.

#### **7.8.1.5 Thuiszorg**

Van de 35 thuiszorginstellingen die de vraag hebben beantwoord of vrijheidsbeperkingen worden geregistreerd doet 63,9% dit altijd en 33,3% meestal. 2,8% registreert de vrijheidsbeperkingen niet. Ook hier leggen de meesten de toepassing van vrijheidsbeperkingen vast in het zorgdossier en/of het in het zorgplan (68,6%). 5,7% heeft een centraal register en 2,9% doet het elders.

Van de bezochte thuiszorginstellingen heeft één organisatie een speciaal registratieformulier, twee hebben er nog geen, maar hebben dit wel in de maak. Eén heeft nog niets geregeld en legt ook nog niets vast wanneer er vrijheidsbeperkingen worden toegepast. De overige beschrijven een toepassing van een vrijheidsbeperking wel in het zorgdossier. Desondanks komt niet alle beperkingen in het dossier terecht, omdat sommige toepassingen niet als zodanig gekwalificeerd worden. Ook blijken sommige respondenten niet op de hoogte van de procedure die de instelling op dit terrein hanteert, hetgeen eveneens met zich mee zou kunnen brengen dat niet alle vrijheidsbeperkingen in het zorgdossier worden opgenomen. Van een centrale registratie is bij geen van de thuiszorginstellingen sprake.

Bij thuiszorginstellingen meldt 80,6% nooit een toepassing van vrijheidsbeperkingen aan de inspectie (n=31). 16,1% doet het altijd en 3,2% af en toe.

Het melden van vrijheidsbeperking aan de inspectie vindt bij één thuiszorgorganisatie plaats. Eén organisatie wilde wel melden, maar heeft van de Inspectie te horen gekregen dat deze niet op de hoogte wil worden gesteld van toepassingen van vrijheidsbeperkingen die buiten de Wet Bopz vallen. Ook de instelling die wel meldt heeft een reactie van de inspectie gekregen, op de richtlijn die door de instelling was opgesteld en waarin wordt aangegeven dat toepassingen van vrijheidsbeperkingen aan de inspectie moeten worden gemeld. De inspectie geeft in de reactie aan dat het toepassen van een vrijheidsbeperkende interventie in de thuiszorg als calamiteit aan haar gemeld moet worden. Maar ook dat het beleid van de inspectie is om dergelijke onwettige praktijken niet gemeld te willen krijgen. Instellingen moeten hun handelen wel intern goed registreren.

#### **7.8.1.6 Huisartsen**

Van de huisartsen die vrijheidsbeperkende maatregelen toepassen, leggen de meeste dit

meestal ook vast. (38,5%; n=26). 23,1% registreert altijd en 19,2% doet het meestal niet, of heeft in het geheel geen registratie. (11,5%) Als er geregistreerd wordt doet 80% dit in het zorgdossier en 35% in het zorgplan. 5% zegt een centraal register te hebben en 20% registreert elders.

De huisartsen die geïnterviewd zijn houden er geen van allen een speciale registratie op na om toepassingen van vrijheidsbeperkingen vast te leggen.

Twee huisartsen melden altijd toepassingen van vrijheidsbeperkingen aan de inspectie (n=22; 9,1%). De overigen doen dit nooit. Geen van de geïnterviewde artsen heeft ooit contact gehad met de inspectie over toepassingen van vrijheidsbeperkingen.

#### **7.8.1.7 Ziekenhuisafdelingen**

65,5% van de ziekenhuisafdelingen legt toepassingen van vrijheidsbeperkingen altijd vast. 20,2% doet dit meestal, 83% doet het soms en 5,4% heeft geen registratie. (n=168) Registraties vinden ook bij de ziekenhuisafdelingen meestal plaats in het zorgdossier. 51,3% gebruikt daarvoor het zorgplan en 13,1% registreert het elders. 1,3% van de ziekenhuisafdelingen heeft een centraal register.

Ook in alle bezochte ziekenhuizen wordt de toepassing van vrijheidsbeperkingen op enigerlei wijze vastgelegd. Op verschillende plaatsen blijkt echter dat 'lichtere' vormen van vrijheidsbeperkingen niet geregistreerd worden.

*'Maar dat moet ik ook even zeggen, de bedhekken en zo. Dat registreren we dus niet. Alarmmatjes ook niet. En die worden veel gebruikt hier. Dus de registratie is gericht op echt ingrijpende maatregelen. Echt vastleggen, echt injecteren.'* (centrummanager ziekenhuis)

Drie ziekenhuizen hanteren een formulier om vrijheidsbeperkingen te registreren, dat wordt opgenomen in het zorgdossier. Uit de interviews van tenminste twee ziekenhuizen komt duidelijk naar voren dat niet alle respondenten op de hoogte zijn van de registratieprocedure.

*'De toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen wordt niet geregistreerd, althans niet centraal en ook niet over het algemeen het dossier van de patiënt. Ik vind eigenlijk dat het een vast onderdeel zou moeten worden van het verpleegkundig dossier, en al dan niet elektronisch bijgehouden, waarbij gewoon per 24 uur wordt bekeken of die verpleegkundige uitvoering van die vrijheidsbeperkende handeling nog noodzakelijk is.'* (internist ziekenhuis) [De afdeling beschikt over een registratieformulier dat in het patiëntendossier wordt opgenomen, volgens de overige respondenten van diezelfde afdeling LA]

Ook blijkt dat in enkele ziekenhuizen toepassingen van vrijheidsbeperkingen op verschillende afdelingen op een andere manier worden vastgelegd, terwijl het protocol ziekenhuisbreed is ingevoerd. Een aantal respondenten vermeldt in het verpleegkundig dossier dat er vrijheidsbeperkingen zijn toegepast; anderen doen dit in het medisch dossier. Het voorgeschreven registratieformulier wordt dan niet gebruikt.

Ziekenhuisafdelingen hebben van alle zorgaanbieders het minst vaak contact met de inspectie over toepassingen van vrijheidsbeperkingen. 91,8% meldt nooit vrijheidsbeperkende maatregelen. 2,1% doet het af en toe en 4,8% doet het altijd (n=146).

Geen van de ziekenhuizen meldt toepassingen van vrijheidsbeperkende maatregelen aan de inspectie. De meeste respondenten zijn zich ervan bewust dat zij niet onder de Wet Bopz vallen.

#### **7.8.1.8 Conclusie**

Uit verschillende interviews met aanbieders van zorg voor verstandelijk gehandicapten blijkt dat registraties van vrijheidsbeperkingen, en met name ook een centrale registratie worden gezien als een belangrijk instrument om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Een centraal register biedt de kans inzicht te krijgen in plaatsen en redenen waarom vrijheidsbeperkingen worden toege-

past, en zijn daarom een belangrijke bron van informatie voor het ontwikkelen van (nieuw) beleid. Belangrijk is wel dat de wijze van registreren eenvoudig is en niet te bureaucratisch, anders wordt de bereidwilligheid van medewerkers om eraan mee te werken minder. Voor grote organisaties is het van belang dat als er op centraal niveau wordt geregistreerd dat er regelmatig een terugkoppeling plaatsvindt naar alle locaties. Bij enkele organisaties is hier een taak weggelegd voor de M&M-commissie die over dit onderwerp de contacten met de locaties (ook niet-Bopz) onderhoudt.

Bij de overige zorgaanbieders worden toepassingen van vrijheidsbeperkingen meestal wel vastgelegd in het zorgdossier, maar is van inzicht in toepassingen van vrijheidsbeperkingen, of een beleid om vrijheidsbeperkingen zoveel mogelijk te voorkomen nog nauwelijks sprake.

Ongeveer de helft van de aanbieders van zorg voor verstandelijk gehandicapten beweert toepassingen van vrijheidsbeperkingen af en toe of zelfs altijd aan de inspectie te melden. Indien er sprake is van dwangbehandeling of toepassingen van vrijheidsbeperkingen in noodsituaties wordt er nog vaker contact gezocht met de Inspectie. De semi- en extramurale zorgaanbieders hebben doorgaans over meldingen geen rechtstreeks contact met de inspectie. Dat wordt meestal geregeld door de hoofdlocatie van het concern. Bij incidenten is er soms wel rechtstreeks overleg met de inspecteur. Meldingen worden gemengde zorgaanbieders niet zo vaak gedaan. Dit heeft te maken met het beleid van de inspectie om meldingen van niet-Bopz-plaatsen ook niet gerapporteerd te krijgen, omdat dit ook geen wettelijke verplichting is. Managers van concerns voor verstandelijk gehandicaptenzorg die verantwoordelijk zijn voor meldingen van vrijheidsbeperkingen aan de inspectie zijn van dit beleid eveneens op de hoogte.

## **7.9 Verantwoorde zorg**

De vraag of bij toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen door de onderzochte instellingen feitelijk verantwoorde zorg wordt geleverd aan verstandelijk gehandicapten, kan door middel van dit onderzoek niet echt beantwoord worden. Bij deze studie gaat het veeleer om een beeld van de zorgvuldigheid van de procedures die met betrekking tot dit onderwerp worden gevolgd. Wel is aan de respondenten gevraagd hoe zij tegen de kwaliteit van zorg op het terrein van vrijheidsbeperkende maatregelen bij mensen met een verstandelijke handicap aankijken. Daarbij is onder meer gevraagd wat voor zorgverleners grenzen zijn in de zorg die zij zelf kunnen leveren en in welke gevallen wordt overgegaan tot overplaatsing van cliënten naar andere zorgvormen. Daarnaast is bekeken op welke wijze met scholing wordt omgegaan met betrekking tot de zorg voor verstandelijk gehandicapte cliënten in het algemeen en toepassing van vrijheidsbeperkingen in het bijzonder. Tot slot is gevraagd in hoeverre de respondenten en/of de instellingen specifieke informatie verstrekken over vrijheidsbeperkingen.

### **7.9.1 Beleid**

Eén van de aspecten bij verantwoorde zorg inzake vrijheidsbeperkingen is de mate waarin er een bewust beleid is gemaakt ten aanzien van terugdringen van toepassingen. In vorige paragrafen kwam reeds aan de orde dat bij enkele zorgvormen waar de Wet Bopz niet van toepassing is de medewerkers feedback krijgen op de meldingen die gedaan worden. Bij vier zorgconcerns blijkt uit de interviews op centraal niveau dat de middelen en maatregelencommissie die op grond van de Wet Bopz is ingesteld een prominente rol speelt in het beleid met betrekking tot vrijheidsbeperkingen binnen het hele concern.

*‘Met onze huidige M&M-commissie die voor alle locaties geldt hebben wij nu echt een kwaliteitscommissie proberen op te zetten. Er zijn acht leden die vier aandachtsgebieden hebben, te weten afzondering, fixatie, registratie en toetsing. Iedere subcommissie maakt jaarplannen en daar leggen we in vast wat we het komende jaar willen doen. De werkgroep fixatie heeft bijvoorbeeld dit jaar uitgebreid onderzoek gedaan naar de soort en aard van fixeren. Iedere cliënt die geregistreerd*

*staat met fixatie is bezocht, ongeacht de locatie waar dit plaatsvond. Fixatiematerialen zijn nagekeken en vervangen als dat moest. Er is een instructieprotocol opgezet.’ (beleidsmedewerker concern verstandelijk gehandicaptenzorg)*

*‘Zeker bij de gedragsproblematische patiënten is de neiging dat als iemand uit zijn dak gaat, als het fysiek bedreigend is zeg maar, om hem heel snel in een afgezonderde ruimte te krijgen. Op dat moment zijn het vaak wel noodmaatregelen die je inzet. Vervolgens is het aan de pedagoog om te kijken met de begeleiders hoe dit tot stand is gekomen. Het kan namelijk ook zijn dat jij erg dwingend de zaken oplegt bij een cliënt, zo van je moet nu naar je kamer. Nou dat kan agressie opwekken. Dus daar wordt wel heel snel naar gekeken. Kijk en een noodmaatregel gebeurt in de dagelijks praktijk. En medewerker voelt zich dan bedreigd. Ik kan dan wel zeggen tegen die medewerker dat hij verkeerd gehandeld heeft, maar hij voelt zich nog bedreigd door die cliënt, want hij wordt geschopt of krijgt een knal voor zijn hoofd. En op dat moment wordt een maatregel ingezet en dat kan dan zijn iemand in zijn eigen kamer zetten met de deur op slot. Dat mag niet, maar het gebeurt wel als de nood aan de man is.’ (sectormanager concern verstandelijk gehandicaptenzorg)*

Uit de vorige paragraaf bleek echter dat de terugkoppeling naar de locaties op een aantal plekken nog niet goed verloopt. Waarschijnlijk is het beleid nog te nieuw om dit helemaal goed te laten functioneren.

Om de kwaliteit van zorg te verhogen maakt een van de respondenten van een GVT gewag van een intercollegiaal toetsingssysteem dat is ontwikkeld.

*‘We hebben zo’n quick scan systeem. Dan komt een manager van een andere regio en die draait dan een hele dienst mee. En die maakt dan overal verslag van wat hem opvalt in positieve en negatieve zin. Ik ben heel blij met dat systeem. Ik ga er altijd vanuit dat wij allemaal onze blinde vlekken hebben. Als team ontwikkel je die ook heel makkelijk. En als iemand dan van buitenaf meekijkt kan die er op wijzen. Onze ogen openen, zeg maar. Individuele zorgplannen zijn daarbij een nadrukkelijk item. En volgens mij, maar dat durf ik niet met zekerheid te zeggen zijn die vrijheidsbeperkingen ook een item.’ (teamleider GVT)*

In een interview met een sectormanager van hetzelfde concern – die overigens niet de verantwoordelijkheid voor dit GVT heeft – blijkt dat vrijheidsbeperkingen bij deze toetsing inderdaad een punt van aandacht zijn.

*‘Een jaar geleden hebben we ook een quick scan gedaan rondom het gebruik van Zweedse banden en prefixbanden. Met z’n tweeën, waarvan ik één was, zijn we ongevraagd de hele organisatie doorgelopen om te kijken bij alle woningen en hebben we gevraagd of de banden werden gebruikt en of we dat mochten zien. We zijn er zo achter gekomen dat er dus wel toepassingen waren van een Zweedse band, maar dat het niet terug te vinden was in de registratie. Dus je haalt er ook wel lekken uit, maar bijvoorbeeld ook het niet goed bevestigd zijn bijvoorbeeld van een Zweedse band. Dus dat het maar aan één kant bevestigd was en als je daarmee bij de inspectie aankomt, dan schieten ze door het dak heen. Maar dat was gewoon een goede ronde om te kijken van wat gebeurt er nou. Je moet je wel focussen op iets, anders ben je zo een half jaar bezig. We hebben ons toen heel erg gericht op die prefix en nu ouden we ons bezig met die huisregels om die in kaart te brengen.’ (sectormanager concern verstandelijk gehandicaptenzorg)*

Een ander zorgconcern kent een soortgelijk systeem.

*‘Als M&M-commissie hebben we tot vorig jaar jaarlijks ons gezicht laten zien. We gingen daadwerkelijk middelen en maatregelen controleren op veiligheid, gebruikersvriendelijkheid. Men keek echt naar dat bezoek uit, want dat was het moment om in gesprek te gaan met de M&M-commissie en om nieuwe ideeën te vragen. We gingen dan alle cliënten langs voor hoe het gebruikt werd. Nu hebben we binnen onze organisatie een zogenaamde controlefunctie geïntroduceerd, waarbij we de locaties, ja we noemen het zelf APK-keuring op 126 onderdelen toetsen, waarvan het M&M-beleid er slechts eentje is. (zorgmanager concern verstandelijk gehandicaptenzorg)*

Bij het leveren van verantwoorde zorg, kan de zorgvisie van een instelling van invloed zijn.

*'Ouders komen vaak met een kleine vraag in eerste instantie naar onze medewerkers toe en langzamerhand zie je dat de ouder soms toch gedwongen afstand moet nemen om zelf de zorg op zich te nemen. Dan krijg je ons aanbod dat we meer kunnen bieden. We hebben onze logeerhuizen en als dat niet voldoende is hebben we deeltijd wonen binnen onze mogelijkheden en als dat niet voldoende is hebben we volledige 24-uurs begeleiding. Klantenbinding is dus één van de doelstellingen. Want klantenbinding zorgt ook dat je een goed product levert, dat bindt weer. Dus eigenlijk is het een continue cirkel. Dus zorg dat je een goed product levert, zorg dat je aanbiedt wat je mogelijk meer hebt en uiteindelijk als organisatie doe je het dan goed, volgens mij. Maar dat is niet de belangrijkste doelstelling. Dat is gewoon goede zorg te leveren. Dat is het belangrijkste en die zorg past bij die cliënt, want we hebben het wel over verschillende mensen, verschillende gedachten en beoordelen op verschillende manieren de kwaliteit van leven van de cliënt.'* (locatiehoofd logeerhuis ouderen)

*'Ik merk wel dat wanneer nieuwe medewerkers in zijn algemeenheid binnen een team komen er steeds vaker en steeds meer kritische vragen gesteld worden van waarom wordt die gefixeerd of waarom is de begeleiding zoals jullie die afgesproken hebben? Veel meer dan dat enkele jaren geleden het geval was. En dat heeft alles te maken met de visie die onze organisatie uitstraalt. De fundamentele rechten van de mens die staan ook in het vaandel bij de beleidsmakers. Nou, dat heeft natuurlijk zijn weerslag bij de locaties en de begeleiders daarop en ja, daar komen die vragen uit voort.'* (zorgmanager concern verstandelijk gehandicaptenzorg)

*'In die semi-murale setting kan het dus ook zo zijn dat je met veel meer dwang en verzet te maken krijgt. Dus de cliënt verzet zich tegen bepaalde maatregelen. Normaal gesproken, maar dat zijn uitzonderlijke gevallen, heb je het meer over bescherming. Dat is ook een grijs gebied. Daarmee kom je niet alleen in de knoop met de Bopz, maar daar moet je ook heel dicht bij kunnen blijven bij je visie. Dus daar heeft het mee te maken. Dat je probeert een cultuur in die woning neer te zetten, waarbij je naast de cliënt staat en zo ondersteunend mogelijk bent, maar wel verantwoord. Daar waar je dreigt de grens te passeren waar het niet meer verantwoord is, moet je maatregelen nemen. Dat zijn dan maatregelen als bijvoorbeeld de deur op slot. Dat soort dingen. Dan heb je het wel over vrijheidsbeperkingen.'* (beleidsmedewerker concern verstandelijk gehandicaptenzorg)

Overall geven alle aanbieders van zorg voor verstandelijk gehandicapten overigens aan dat in hun visie vrijheidsbeperkingen niet of zo terughoudend mogelijk moeten worden toegepast en dat in voorkomende gevallen naar het minst ingrijpende alternatief dient te worden gezocht. Uit de interviews blijkt, dat een aantal aanbieders daar heel actief mee bezig zijn.

#### **7.9.1.1 Conclusie**

In het beleid bij instellingen voor verstandelijk gehandicapten is het terugdringen van toepassingen van vrijheidsbeperkingen steeds meer een punt van aandacht. Alle locaties worden bij een aantal bezochte instellingen op een zelfde manier in dat beleid betrokken. Het voordeel van grote zorgconcerns lijkt te zijn dat de ervaringen van intramurale instellingen wordt gedeeld. Daardoor neemt de deskundigheid ten aanzien van vrijheidsbeperkingen ook toe op plaatsen waar de Wet Bopz niet van toepassing is. Als zorgaanbieders werk maken van registraties is het van belang dat zij ook een directe terugkoppeling krijgen, zodat zichtbaar is welke bijdrage wordt geleverd aan het ontwikkelen van beleid. Dit laatste lijkt nog niet overal goed te gebeuren. Dit is mede het gevolg van het feit dat het centrale beleid op verschillende plaatsen nog betrekkelijk nieuw is.

#### **7.9.2 Scholing**

Op ruim de helft van de plaatsen waar de Wet Bopz niet van toepassing is, hebben de medewerkers, zo blijkt uit dit onderzoek, niet structureel scholing gehad ten aanzien van het toepassen van vrijheidsbeperkingen. 51,3% heeft in het geheel geen scholing gehad; 46,0% heeft wel

scholing gehad en 2,7% heeft scholing indien hierom gevraagd wordt (n=452).

Uit de interviews blijkt dat bij verschillende concerns voor verstandelijk gehandicaptenzorg scholing de aandacht heeft.

*'Alleen mensen met een BIG-registratie mogen de middelen en maatregelen uitvoeren. Het is namelijk een risicovolle behandeling en wij vinden dat je daar op zijn minst bekwaam en bevoegd toe moet zijn.'* (zorgmanager concern verstandelijk gehandicaptenzorg)

*'We hebben een protocol gemaakt waarbij een speciaal deskundige die uit de psychiatrie komt, hier mensen leert hoe je fixatiemiddelen moet toepassen en hoe je moet afzonderen. Wij zien het als een risicovolle handeling en in de kwaliteitswet staat dat je de zorg hebt dat er deskundig personeel is. Maar wat is dat? Wij hebben dat zo vertaald dat iemand die verpleegkundige is op niveau vier of vijf die vinden wij bekwaam. Heb je een lager niveau, dan kan je het wel leren bij ons en dan krijg je van ons de bevoegdheid, mits wij jou uiteindelijk bevoegd vinden. En zo moet het ook in de buitenlocaties.'* (zorgmanager verstandelijk gehandicaptenzorg)

*'Totnogtoe hangt het bij ons in de sectoren waar de Wet Bopz niet geldt, van wat de teamleider met de medewerker overeenkomt. De medewerker kan vier dagdelen scholing krijgen per jaar, dat is het beleid. En dat moet ook naar de medewerker op maat zijn. Er zijn allerlei scholingsmodules en een daarvan is ook de Wet Bopz. De teamleider komt met de medewerker overeen welke scholing die dat jaar nodig heeft. Maar ik ben als commissielid of als sectormanager niet altijd op de hoogte of wel de juiste personen naar de juiste scholing worden gestuurd.'* (sectormanager verstandelijk gehandicaptenzorg)

*'Ik vind wel dat we een beetje achterlopen met de scholing van medewerkers op settings waar de Wet Bopz niet van toepassing is. Echte scholing hierover hadden we nog niet. Dat is pas dit jaar opgezet en begint pas te draaien in het najaar. Daar zijn we wel wat laat mee.'* (beleidsmedewerker concern verstandelijk gehandicaptenzorg)

Bij tenminste twee concerns wordt nog geen speciale scholing georganiseerd met betrekking tot toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen op plaatsen waar de Wet Bopz niet geldt.

#### **7.9.2.1 Gezinsvervangende tehuizen**

Van de GVT's krijgen bij 52,4% de betrokken hulpverleners enige vorm van scholing of begeleiding met betrekking tot toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen (n=66). 6,1% krijgt scholing of begeleiding indien hierom gevraagd wordt.

Een vertegenwoordiger van een GVT heeft met betrekking tot ondeskundig personeel in het verleden geklaagd.

*'Het was een hele nieuwe GVT hier. In het begin hebben we echt wel spijt gehad, dat we hem hier naartoe gehaald hebben. Gewoon, ze hadden geen goede groepsleiding. Op een gegeven moment hebben we ook een brief geschreven naar de directeur van de organisatie. En daarin hebben we gezegd, dat als dit zo doorgaat, dan gaan wij mijn zoon laten inschrijven bij een andere instelling. En we hebben een hele lijst punten opgesteld, waarvan wij vonden dat het niet goed ging. En toen is er iemand bij ons geweest en die heeft verschillende gesprekken met ons gehad. Toen zijn er een aantal groepsleidsters hier ontslagen. En er is een hele nieuwe opzet gekomen. En er is meer gekwalificeerd personeel hier gekomen. Die waren toen niet berekend op hun taak. Dus het is heel moeizaam geweest, maar het loopt nu goed.'* (vertegenwoordiger GVT)

Bij twee GVT's lijkt er geen speciale scholing te hebben plaatsgevonden met betrekking tot de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen. Bij twee andere is wel een speciale cursus gevolgd.

*'Wij zijn drie jaar geleden gestart met de CFB-cursus, een cursus controle fysieke beheersing. Daar leer je om te gaan met escalaties. Daarbij wordt aangeleerd hoe je iemand bijvoorbeeld op een beste manier kan afzonderen of eventueel kan vasthouden op het moment dat iemand de boel kort*

*en klein slaat of iemand onder dwang medicatie moet krijgen. Daarnaast geeft de CFB ook aan van hoe kan je gedrag voorkomen. Die cursus is verplicht voor elke medewerker. Zelf heb ik hem twee jaar geleden gedaan.' (locatiehoofd GVT)*

### **7.9.2.2 Dagverblijven**

Bij kinderdagverblijven hebben de zorgverleners iets vaker speciale scholing gehad met betrekking tot toepassingen van vrijheidsbeperkingen dan bij dagverblijven voor ouderen (KDV: 54,2%; n=48; DVO: 35,9%; n=39). Bij 4,2% van de kinderdagverblijven en 5,1% van de dagverblijven voor ouderen kan men scholing of begeleiding krijgen indien hierom door de medewerkers gevraagd wordt.

Bij de dagbesteding hebben bij twee van de drie bezochte centra geen speciale scholing gevolgd. Bij de derde heeft het personeel ook de hierboven genoemde CFB-cursus gevolgd.

*'Ik vind dat de medewerkers hier er in het algemeen niet zoveel van afweten, maar misschien ook omdat het hier niet zo veel voorkomt. Ik vind wel dat de begeleiding meer hop de hoogte zouden moeten zijn, zeker omdat we steeds meer in dat schemergebied gaan komen. Er worden nu nog geen cursussen voor georganiseerd (orthopedagoog dagbestedingscentrum)*

*'Ik ben alleen maar geschoold in hoe om te gaan met agressie. Wel schriftelijk, dat ik dingen hebgelezen, hoe het zit met vrijheidsbeperking, maar niet geschoold in hoe je dat uitvoert. Ik vind dus wel dat je heel bewust moet zijn met wat je aan het doen bent. Dus wat dat betreft zou een soort les wel heel nuttig zijn. Het is best goed om ons met zijn allen hierover te buigen. Wat moet je op een dagbestedingsgroep voor mogelijkheden en middelen hebben om adequaat met dit gedrag om te gaan.' (teamleider dagbestedingscentrum)*

### **7.9.2.3 Logeerhuizen**

Alle logeerhuizen die aan het kwantitatieve onderzoek hebben meegewerkt beweren dat de zorgverleners allen geschoold zijn ten aanzien van het toepassen van vrijheidsbeperkingen.

Bij het bezochte logeerhuis voor ouderen hebben de medewerkers echter geen cursus gehad met betrekking tot het toepassen van vrijheidsbeperkingen. Bij het logeerhuis voor kinderen heeft bijscholing wel de aandacht, al lijken vrijheidsbeperkingen totnogtoe geen speciaal aandachtspunt te zijn geweest.

*'Het personeel hier heeft als basisopleiding, net als op veel andere plaatsen de SPH. Dat is sociaal pedagogische hulpverlening. Vervolgens krijgen we vanuit de stichting zo eens in het jaar ongeveer een soort themacursus. Bijvoorbeeld hoe om te gaan met seksuele mishandeling of intimidatie. Of een soort cursus van een van onze twee artsen over een bepaald ziektebeeld. (begeleider logeerhuis kinderen)*

### **7.9.2.4 Overige scholing/begeleiding bij aanbieders van verstandelijk gehandicaptenzorg**

Eerdergenoemde manieren van intercollegiale toetsing of supervisieprojecten worden door de respondenten die ermee te maken krijgen eveneens genoemd als adequate middelen om kennis en kunde te verbeteren inzake vrijheidsbeperkende maatregelen en inspelen op gedrag van cliënten. Een zelfde functie kan een multidisciplinair overleg (MDO) vervullen. Bij dagbestedingscentra zou dit overleg, hoewel bij de meeste reeds een orthopedagoog is betrokken, kunnen worden verbeterd als er meer overleg zou zijn met woonvoorzieningen.

*'Ik zou sowieso meer in overleg met wonen willen, omdat ik soms de indruk heb dat wij allemaal apart van elkaar bezig zijn met dezelfde cliënt, hetzelfde uitproberen. Terwijl ik denk, daar zijn ze thuis met wonen ook mee bezig geweest. Ik vind dat je daar meer mee om de tafel moet gaan zitten en elkaar gaat steunen daarin, elkaar tips gaat geven. Dat lijkt mij heel erg indruk. Deze opvatting wordt nog niet breed gedragen, omdat er weinig zicht is op elkaars functioneren. Bij bepaalde*

*cliënten gebeurt het overigens wel, bij cliënten die heel erg in het oog springen. Daar is het contact met dagbesteding heel erg intensief tot zelfs wekelijks overleg toe. Maar verder gebeurt het nog veel te weinig, terwijl ik wel denk dat dat de tendens zal zijn naar de toekomst toe. Dat het ook bijna wel moet.' (teamleider dagbestedingscentrum)*

Verder wordt als sterk punt van een MDO genoemd dat de afweging met betrekking tot de toepassing van vrijheidsbeperkingen beter kan worden afgewogen.

*'Als we uitgaan van de visie op de cliënt, mogen ze zelf bepalen wat en hoe ze hun zorg of begeleiding willen. Daarnaast weet je dat niet iedereen voldoende kan beoordelen of het allemaal kan voor hem of haar. Daarom hebben we een multidisciplinair team rondom de cliënt dat mee oordeelt. En op het moment dat we iets gedwongen in gaan zetten, moeten we dat heel goed beschrijven in het zorgplan van de cliënt en moeten we wegen of er nog andere mogelijkheden of alternatieven zijn.'* (sectormanager verstandelijk gehandicaptenzorg)

#### **7.9.2.5 Thuiszorg**

Geen van de onderzochte thuiszorgorganisaties heeft scholing die gericht is op zorg aan verstandelijk gehandicapten. Met betrekking tot scholing in vrijheidsbeperkende toepassingen zijn in één thuiszorgorganisatie in het afgelopen jaar cursussen geweest op het terrein van de psychiatrie. Verder kent deze organisatie de mogelijkheid van consultatie bij het RIAGG en bij gespecialiseerde verpleegkundigen binnen de eigen stichting. Een andere instelling is bezig met het ontwikkelen van een protocol voor vrijheidsbeperkende maatregelen en gaat de medewerkers hier ook in scholen.

58,8% van de alle thuiszorginstellingen krijgt geen scholing gericht op toepassingen van vrijheidsbeperkingen en 39,2% krijgt dit wel. Bij 2,0% krijgen medewerkers scholing of begeleiding over vrijheidsbeperkingen als dit door hen gevraagd wordt. (n=51).

#### **7.9.2.6 Huisartsen**

14% van de huisartsen heeft scholing gehad met betrekking tot toepassing van vrijheidsbeperkingen (n=50). Geen van de geïnterviewde huisartsen hebben speciaal op verstandelijk gehandicapte patiënten gerichte scholing gedaan.

#### **7.9.2.7 Ziekenhuisafdelingen**

Bij ziekenhuisafdelingen heeft 56,8% scholing gehad, 41,6% heeft dit niet gehad en 1,6% krijgt scholing of begeleiding indien dit gewenst wordt (n=185).

In de bezochte ziekenhuizen lijken de verpleegkundige medewerkers geen speciale opleiding te hebben gehad in het omgaan met verstandelijk gehandicapten. Bij geen van de geïnterviewde respondenten is dit het geval. Wel hebben verschillende specialistische verpleegkundigen, vanwege hun omgang met psychiatrische of psychogeriatrische patiënten kennis en ervaring inzake toepassingen van vrijheidsbeperkingen.

#### **7.9.2.8 Conclusie**

Bij aanbieders van zorg voor verstandelijk gehandicapten heeft scholing speciaal gericht op het voorkomen van en omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen in toenemende mate de aandacht. Veelal vindt die scholing niet zozeer in de opleiding plaats, maar worden er op de werkvloer cursussen georganiseerd. Respondenten zijn van mening dat van cursussen, waarbij de dagelijkse praktijk onder de loep wordt genomen het meeste effect uitgaat. Verder is het van belang dat scholing ook een voortdurend proces blijft. Instrumenten als intervisie, supervisie en multidisciplinair overleg kunnen daarbij van nut zijn.

De gemengde zorgaanbieders hebben nog nauwelijks scholing met betrekking tot toepassingen van vrijheidsbeperkingen, zo blijkt uit de interviews, hoewel bij de enquête door de helft wordt aangegeven dat er scholing is gericht op toepassingen van vrijheidsbeperkingen.



## 7.9.3 Grenzen zorg en overplaatsing

### 7.9.3.1 Algemeen

Belangrijk bij het nastreven van verantwoorde zorg is dat zorgverleners oog houden voor de grenzen van de zorg die binnen de eigen setting kan worden geleverd. Wanneer de eigen zorg bij cliënten tekortschiet, door de huisvesting, door te beperkte middelen, of door te weinig kennis, moeten deze tijdig worden overgeplaatst.

### 7.9.3.2 Gezinsvervangende tehuizen

Bij de gezinsvervangende tehuizen zijn grenzen van de zorg die geboden kan worden een punt van aandacht. Alle huizen hebben ervaring met overplaatsing van cliënten.

*'Kijk ik heb niet echt zoveel ervaring met fixeren. We hebben wel een aantal bewoners gehad in de loop der jaren die we naar elders hebben moeten verhuizen. We hebben die daar ook beperkt, omdat dat hier toen niet kon. Maar voor mij had het deels ook te maken met onze eigen beperkingen. Mijn ervaring is ook met de bewoners die wij begeleiden, dat je met begeleiding nog heel veel kunt zonder dat je iemand hoeft te separeren. Maar er zijn natuurlijk ook mensen waarbij dat ophoudt. En als hier nou een separeerruimte zou zijn, dan zou ik niet weten waarom dat niet zou kunnen.'* (teamleider GVT)

*'Iemand wordt overgeplaatst naar een intensievere zorgvorm, als een cliënt dusdanig gedrag heeft vertoond dat het ook niet meer te herstellen is binnen de groep. Dat kan zijn doordat er bijvoorbeeld andere cliënten bijgekomen zijn en deze daar absoluut niet mee om kan gaan, of dat het gedrag van de cliënt zo verandert dat het een bedreiging is voor een ander. Maar daar gaat meestal een hele periode overheen. De beslissing daartoe wordt genomen door de leidinggevende in samenspraak met het team. Daar is ook de orthopedagoog bij betrokken, dat er dus echt geen andere maatregel is dat iemand gewoon niet meer thuis past. Ook de familie wordt nauw bij dat overleg betrokken.'* (begeleider GVT)

*'Wij hebben een cliënt gehad die altijd wegliep, vooral 's nachts. Dan was maar één iemand aanwezig. Dat kon dus op het laatst echt niet meer. Die is toen naar een groep gegaan waar twee begeleiders opzitten en camerabewaking bij was. Niet zorgintensiever, maar wel meer mankracht.'* (begeleider GVT)

Uit de interviews blijkt dat te weinig middelen of personeel, de huisvesting die onvoldoende waarborg biedt, of de rust dan wel veiligheid in de groep die bedreigd wordt, redenen zijn om iemand over te plaatsen. In geen van de interviews zijn respondenten de mening toegedaan dat medewerkers in GVT's onvoldoende geschoold zijn om zorg te kunnen verlenen aan cliënten met een zwaardere zorgbehoefte.

Een sectormanager is iets nadrukkelijker in haar uitspraak dat vrijheidsbeperkende maatregelen een reden kunnen zijn om iemand over te plaatsen. Voor haar geldt dat de aard van de zorg die geboden wordt in een GVT ook een reden kan zijn voor overplaatsing.

*'Als je iemand moet gaan fixeren, dan is er gauw een reden tot intramurale indicatie. We weten hier met zijn allen dat we hier in dit GVT niet mogen fixeren. Dat mag absoluut niet, laten we daar even duidelijk in zijn. En ik geloof ook niet dat dat een beter alternatief is. Ik denk dat een bewoner soms beter uit kan zijn op een andere plek. Waar de begeleiding anders gestalte krijgt. Maar dat geldt niet voor iedereen, denk ik. Ik heb nog nooit die keuze hoeven maken. (sectormanager concern verstandelijk gehandicaptenzorg)*

Bij één van de GVT's is een afspraak gemaakt met een psychiatrische voorziening dat in geval van nood daar een crisisplaatsing van cliënten plaatsvindt.

*'We zitten in een samenwerkingsverband met een psychiatrische instelling. Wanneer er bij een specifieke cliënt van dat GVT zich zoveel noodsituaties voordien, vragen wij hun om eens naar de*

*situatie rondom deze cliënt te komen kijken. Wanneer de GGZ dit nodig acht, kunnen wij tijdelijk gebruik maken van crisisplaatsen binnen de GGZ voor een bepaalde cliënt. Dan valt hij of zij dus onder de Bopz-regeling. Wanneer deze cliënt dan terugkomt kunnen we het volgende afspraken. We zeggen dan: 'goh, we zitten nu gezellig om de tafel, maar je kent jezelf, mocht het nu echt helemaal mis gaan met jou dan moeten wij de volgende maatregelen nemen.' Onder die conditie kunnen wij een cliënt dan weer opnemen, anders gaat dat dan echt niet.' (clusterhoofd concern verstandelijk gehandicaptenzorg)*

### **7.9.3.3 Dagverblijven**

In de dagbestedingscentra stellen enkele respondenten dat bij de aanname van nieuwe cliënten reeds sterk gescreeend wordt zodat mensen terechtkomen op een plek waar zij optimaal binnen de groep zullen passen. Een locatiehoofd is van mening dat het niet voorkomt dat iemand binnen diens groep wordt overgeplaatst, hoewel het functioneren van een cliënt binnen de groep wel een blijvend punt van aandacht is. Ook uit interviews met respondenten van andere dagbestedingscentra blijkt dat overplaatsing niet snel aan de orde komt. Een respondent vertelt dat er eigenlijk ook weinig alternatieven zijn.

*'Tja, wanneer besluit je tot overplaatsing? Maar waar naartoe dan? Dat is dan een dilemma eigenlijk. Het is of een stapje naar beneden of thuis of naar een sociale werkvoorziening, maar daar zijn vaak de eisen toch vaak te hoog. We hebben nu iemand die is echt in een soort van regressie terechtgekomen, het Downsyndroom. Fysiek en cognitief erg achteruit en niemand weet wat er met haar aan de hand is. En omdat zij zo achteruit ging zit zij nu thuis. Gewoon omdat ze hier ook geen werk meer verrichtte. Dat is een heel andere orde. We hebben nu meer contact met wonen inderdaad. Het consulenteam is betrokken geweest. Afgelopen maandag zijn de eerste gesprekken geweest en daarbij waren wij ook aanwezig. Dus we hopen dat we inderdaad meer kunnen samenwerken.'* (orthopedagoog dagbestedingscentrum)

*'In het uiterste geval wordt iemand ontslagen. Maar dat is in mijn tijd niet gebeurd. Ik weet dat het kort voor mijn tijd een keer is gebeurd. Iemand die was hier niet te handhaven, die was heel erg aan het dreigen. Er was angst bij anderen. Ik heb begrepen dat hij er toen in overleg met de locatiemanager eruit gestuurd is. Maar dan wordt er heel veel energie in gestoken om te zien of het echt niet anders kan. Er is dan zeker ook een stukje nazorg. Ik denk niet dat ze op straat terecht komen.'* (teamleider dagbestedingscentrum)

### **7.9.3.4 Logeerhuizen**

De logeerhuizen hanteren selectiecriteria bij de aanname van cliënten. Bij het logeerhuis voor kinderen wordt er een leeftijdsgrens gehanteerd van achttien jaar, al is die niet erg strikt. Er zijn ook enkele oudere cliënten bij die geschikter zijn om tussen kinderen te verblijven dan tussen ouderen. Geen van de respondenten heeft meegemaakt dat cliënten niet meer terug konden komen omdat ze binnen het logeerhuis niet te handhaven waren. Bij overplaatsing naar andere zorgvormen is men in logeerhuizen niet betrokken.

### **7.9.3.5 Thuiszorg**

In de thuiszorg geven respondenten unaniem aan als antwoord op de vraag wat als zorgvisie wordt gezien, dat men de cliënt zo lang mogelijk op de eigen plek wil laten wonen. Overplaatsing is pas aan de orde als het volgens de respondenten 'echt niet meer gaat'.

In de thuiszorg worden grenzen van de zorg bereikt als mantelzorg en/of de thuiszorg zelf de zorg niet meer aankunnen. Dit is zeker het geval als er gevaarlijke situaties ontstaan. Toepassingen van vrijheidsbeperkingen kunnen daar een rol bij spelen.

De verpleegkundigen in de thuiszorg achten zich zelf mede verantwoordelijk om die grenzen vast te stellen en mantelzorgers er zonodig op te wijzen dat hun familielid beter af is met overplaatsing naar bijvoorbeeld een gezinsvervangend tehuis of een intramurale instelling.

### 7.9.3.6 Huisartsen

Voor huisartsen worden grenzen van de zorg thuis in het algemeen bereikt als de mantelzorg het niet meer aankan. In dat geval wordt de indicatiecommissie ingeschakeld die het uiteindelijke oordeel geeft of iemand wordt overgeplaatst naar een intramurale instelling. Net als bij andere zorgvormen zijn aanleidingen onrust, dwaalgedrag en agressie. Bij verstandelijk gehandicapten is men dit sporadisch tegengekomen.

### 7.9.3.7 Ziekenhuisafdelingen

Ook binnen ziekenhuizen komt het voor dat verstandelijk gehandicapte patiënten worden overgeplaatst. Het gaat dan om het verplaatsen van de ene afdeling naar de andere, meestal een afdeling psychiatrie, omdat hier meer kennis aanwezig is met betrekking tot de gedragsproblemen, en/of vanwege het feit dat de afdeling gesloten is.

*‘Op het moment dat ik een patiënt heb met een rechterlijke machtiging heb plaats ik die altijd over. Omdat ik een open afdeling heb. Tenzij de patiënt niet mobiel is. Daarnaast komt het af en toe voor dat er een patiënt is die wij zo vaak kwijt zijn dat we zeggen: er zullen bij deze patiënt aanzienlijke vrijheidsbeperkende maatregelen genomen moeten worden. Dan proberen we dat in overleg met de psychiater te doen. Maar door de beddennood is dit toch een probleem zowel voor mij als de psychiater. Dan ontstaat er vaak een onaangenaam spel waar de patiënt dan geplaatst moet worden.’ (internist ziekenhuis)*

Daarnaast wordt tijdens het verblijf in het ziekenhuis onderzocht, indien tekenen daartoe aanwezig zijn, in hoeverre de patiënt nog in staat is om thuis te verblijven na ontslag uit het ziekenhuis. Indien nodig kan een procedure in gang worden gezet om iemand op te nemen in een voorziening voor verstandelijk gehandicaptenzorg.

### 7.9.3.8 Conclusie

Overplaatsingen omdat grenzen in de zorg die kan worden geboden, zijn in de verstandelijk gehandicaptenzorg niet aan de orde van de dag. Desondanks worden die grenzen nauwgezet in het oog gehouden. Diverse zorgaanbieders selecteren cliënten alvorens hen toe te laten. Hiermee worden mogelijke problemen voorkomen. Redenen om cliënten uiteindelijk toch over te plaatsen kunnen zijn: te weinig middelen of personeel, onvoldoende waarborgen door de huisvesting (bijvoorbeeld bij wegloupedrag) of wanneer de rust of veiligheid in de groep structureel bedreigd wordt, redenen zijn om iemand over te plaatsen. Voor sommigen geldt dat ook de aard van de zorg die geboden wordt, kan bewerkstelligen dat iemand moet worden overgeplaatst. Tot slot bestaan er ten aanzien van sommige cliënten soms zorgafspraken met andere aanbieders om iemand tijdelijk over te plaatsen, als bepaalde vrijheidsbeperkende maatregelen moeten worden genomen die in de eigen setting niet kunnen worden toegepast.

## 7.9.4 Informatieverstrekking

41,3% van de aanbieders van zorg voor verstandelijk gehandicapten beweert dat cliënten en vertegenwoordigers altijd worden geïnformeerd over de mogelijkheid dat vrijheidsbeperkingen worden toegepast (n=448). 16,7% doet dit meestal, 13,8% doet dit af en toe en 7,4% doet dit niet standaard, maar wel als zich de noodzaak van een toepassing van vrijheidsbeperkende maatregel voordoet. Slechts 8,5% zegt nooit over dit onderwerp te informeren.

Desondanks laten de interviews zien dat informatieverstrekking ten aanzien van vrijheidsbeperkende maatregelen in het algemeen geen structureel aandachtspunt is. Ook overigens lijkt soms nog te weinig informatieoverdracht plaats te vinden zowel naar cliënten als naar vertegenwoordigers.

*‘De informatieverstrekking vind ik nog onvoldoende. Het feit dat cliënten hier nauwelijks klachten indien zegt al wel wat over hoe bekend zij zijn met hun rechten daarop. Dus in dat kader, of het nu gaat om de Bopz of niet, dat maakt nu niet zoveel uit. De klachten die wij krijgen zijn altijd van ver-*

*tegenwoordigers. Daar moet ik ook wat aan doen vind ik. Niet dat ik nu hoop dat ze allemaal meteen naar de klachtencommissie rennen. Dat is toch een beetje het risico, maar ik vind dat dat moet gebeuren. Het is natuurlijk een soort van kwaliteitsinstrument.' (beleidsverantwoordelijke concern verstandelijk gehandicaptenzorg)*

#### **7.9.4.1 Gezinsvervangende tehuizen**

Bij de GVT's zegt 42,2% altijd te informeren over de mogelijkheid dat vrijheidsbeperkende maatregelen toe worden gepast, 10,9% doet dit meestal, 7,8% af en toe en 7,8% doet dit nooit. 21,9% informeert nooit over de mogelijkheid van het toepassen van vrijheidsbeperkingen, omdat deze binnen de eigen setting nooit voorkomen. 9,4% informeert niet standaard, maar wel als de noodzaak van een toepassing zich voordoet.

Bij de meeste GVT's wordt standaardinformatie gegeven over de gang van zaken binnen het huis. Volgens respondenten bij enkele GVT's heeft er al informatieoverdracht plaatsgevonden door andere instanties, zoals een SPD. Bij een ander GVT is er een centrum cliëntenzaken die dit regelt. Meer dan bij de andere instellingen lijkt hier te zijn nagedacht over de informatievoorziening.

*'Dat gaat allemaal via het centrum cliëntzaken. Als nieuwe cliënten binnenkomen, dan worden ze aangemeld via het centrum cliëntzaken. Dit centrum heeft een vast protocol zal ik maar zeggen welke informatie zij standaard verstrekken aan cliënten en daarnaast wordt er binnen de locatie waar iemand dan komt te wonen nog informatie verstrekt. Bijvoorbeeld over het leefplan, maar bijvoorbeeld ook over zaken die daarbuiten specifiek voor de cliënt kunnen gelden. Bijvoorbeeld uitgebreide informatie over de orthopedagog, ik noem maar wat.'*

De ondervraagde vertegenwoordigers zijn vaak al vanuit andere zorgvoorzieningen van een en ander op de hoogte. Over de informatie tijdens de beginperiode ze echter niet geheel tevreden.

*'Mijn dochter kwam uit een kinder-GVT en zodoende waren wij al van heel veel dingen op de hoogte. En eigenlijk was het wel gewoon een voortvloeisel ervan, ongeveer dezelfde gang van zaken. Maar verder over alles wat ze in huis doen en de regels. Over eventuele toepassingen van vrijheidsbeperkingen hebben ze toen nog niets gezegd. Ik vind de informatie die ze hier leveren over mijn dochter wel goed. Dat is nu wel meer dan dat het in het begin was. Maar ja, dat hangt heel veel af van de leiding.' (vertegenwoordiger GVT)*

*'Toen mijn zoon hier kwam kregen we informatie over de procedure van inschrijving, over huisregels, en dat hij een leefplan, zoals ze dat hier noemen heeft. We hadden in het begin heel veel vraagtekens, maar we hebben hem toch hier laten komen, omdat de vorige instelling wat verder weg is. En we hebben gezegd, we willen goede informatie iedere keer. En we hebben alle gegevens goed doorgegeven en alles goed doorgesproken. En zo is hij eigenlijk hier gekomen. Maar we hadden het idee van de groepsleiding die hier toen was dat die het niet zo zagen zitten. We hebben dus een hele moeizame start gehad hier. En het is ook heel slecht geweest met hem het eerste jaar.' (vertegenwoordiger GVT)*

#### **7.9.4.2 Dagverblijven**

Kinderdagverblijven zeggen vaker altijd te informeren over mogelijke toepassingen van vrijheidsbeperkingen (64,4%; n=48) dan dagverblijven voor ouderen (38,5%; n=39). Van de kinderdagverblijven informeert daarnaast 12,5% meestal, 10,4% af en toe en 2,1% alleen als de noodzaak van vrijheidsbeperkingen zich voordoet. 6,3% informeert nooit, omdat er geen vrijheidsbeperkingen worden toegepast, en 4,2% zegt hierover in het geheel nooit te informeren. Van de dagverblijven voor ouderen zegt 33,3% dat nooit over vrijheidsbeperkingen wordt geïnformeerd, omdat die binnen de eigen setting nooit voorkomen, en informeert 10,3% in het geheel nooit. Van de overige instellingen informeert 15,4% af en toe over de mogelijkheid van het toepassen van vrijheidsbeperkingen en 2,6% doet dit alleen als de noodzaak zich voordoet.

Bij de bezochte dagbestedingscentra wordt er, zoals ook uit eerdere paragrafen bleek, informatie gegeven aan de cliënt en vindt er informatieoverdracht plaats met woonvoorzieningen. Met vertegenwoordigers is betrekkelijk weinig tot geen contact. Er is geen standaardbeleid om te informeren. Sommigen hebben wel een brochure over wat binnen de eigen voorziening gebeurt, maar daar zijn vrijheidsbeperkende maatregelen geen onderdeel in.

#### **7.9.4.3 Logeerhuizen**

Van de onderzochte logeerhuizen zeggen er drie dat ze altijd informeren over de mogelijkheid dat vrijheidsbeperkingen worden toegepast indien de noodzaak zich voordoet (42,9%) en vier geven aan dat ze alleen informeren zodra die noodzaak er is (57,1%).

Bij de bezochte logeerhuizen is geen vaste procedure voor informatieverstrekking. Er wordt bij aanvang van de contacten wel met ouders/vertegenwoordigers wel uitleg gegeven. Eén van de twee logeerhuizen heeft ook een korte brochure. Hierin wordt evenmin aandacht besteed aan vrijheidsbeperkende maatregelen. Toch vormen deze wel onderwerp van gesprek bij de eerste contacten, omdat de logeerhuizen willen weten hoe de omgang met cliënten dient plaats te vinden. Alle respondenten uit deze voorzieningen zeggen achteraf ouders ook altijd te informeren over hoe het contact met de cliënten is verlopen.

#### **7.9.4.4 Thuiszorg**

37,5% van de thuiszorginstellingen (n=48) beweert dat zij cliënten en hun vertegenwoordigers altijd informeren over de mogelijke toepassing van vrijheidsbeperkingen. 14,5% zegt dat zij dit niet standaard doen, maar wel als de noodzaak van vrijheidsbeperkende maatregelen zich voordoet. 16,7% zegt dat zij af en toe voorlichting geven over vrijheidsbeperkingen, 8,3% doet dit meestal en 12,5% doet het nooit. De overige instellingen stellen dat vrijheidsbeperkingen bij hun nooit voorkomen en dat daar dus ook geen informatie over hoeft te worden gegeven (10,4%).

In alle vier de bezochte thuiszorgorganisaties wordt door de respondenten aangegeven dat de cliënten en hun familie bij het aangaan van de zorgovereenkomst uitgebreid worden geïnformeerd over de zorg die vanuit de thuiszorg geboden wordt. Meestal krijgt men een map met informatiefolder waarin alle relevante zaken staan vermeld. Ook klachtrecht is hierin een punt van aandacht. Daarnaast zijn de cliëntenraad, de regels rondom privacy de leveringsvoorwaarden, het zorgdossier en de ARBO-regels onderwerpen waarover wordt geïnformeerd. Over vrijheidsbeperkende maatregelen wordt niet standaard geïnformeerd.

#### **7.9.4.5 Huisartsen**

Van de 46 huisartsen die de vraag over het informeren van patiënten en vertegenwoordigers hebben ingevuld stellen 13 artsen (38,3%) dat vrijheidsbeperkende maatregelen bij hen niet voorkomen. 23,9% informeert af en toe, 13,0% doet het meestal, en 17,4% zegt altijd te informeren over de mogelijke toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen. 13,0% informeert nooit en 4,3% doet het niet standaard, maar wel als de noodzaak van vrijheidsbeperkende maatregelen zich voordoet.

Met betrekking tot zorg aan verstandelijk gehandicapten is de informatieverstrekking voor huisartsen niet anders dan dat ze hun informatie zoveel mogelijk op het niveau van de patiënt proberen te uiten. Voor het overige is informatieverstrekking geen speciaal aandachtspunt.

#### **7.9.4.6 Ziekenhuisafdelingen**

De meeste ziekenhuisafdelingen informeren hun patiënten en vertegenwoordigers altijd over de mogelijkheid van toepassingen van vrijheidsbeperkingen (43,9%; n=189). 27,3% doet dit meestal en 14,3% doet het af en toe. 7,9% van de ziekenhuisafdelingen zegt nooit te informeren en 6,3% doet het alleen als de noodzaak van het toepassen van vrijheidsbeperkingen zich voordoet.

In alle bezochte ziekenhuizen wordt de informatieverstrekking ervaren als een gezamenlijke taak van artsen en verpleegkundigen. Dit kan soms problemen opleveren.

*‘Soms is er gewoon miscommunicatie dat de arts iets anders vertelt al wat de verpleegkundige vertelt, of vandaag vertellen we dit en morgen is dat weer achterhaald of aangepast.’ (hoofdverpleegkundige afdeling interne geneeskunde ziekenhuis)*

In ziekenhuizen wordt in de brochures geen aandacht besteed aan vrijheidsbeperkende maatregelen.

#### 7.9.4.7 Conclusie

In tegenstelling tot wat door veel zorgaanbieders bij de beantwoording van de enquête wordt beweerd, wordt er niet standaard informatie gegeven over de mogelijke toepassing van vrijheidsbeperkingen. Veelal vindt die informatieoverdracht pas plaats op het moment dat de noodzaak van vrijheidsbeperkingen zich voordoet. Hoewel vertegenwoordigers van verstandelijk gehandicapten in vergelijking tot die van psychogeriatrische patiënten mondiger, meer betrokken en vaak meer ervaringsdeskundig zijn, geldt voor toepassingen van vrijheidsbeperkingen ook bij deze groep dat onvoldoende deskundigheid ter zake met zich meebrengt dat zij sneller akkoord gaan met bepaalde maatregelen, omdat zij zich zelf niet kundig genoeg achten om te beoordelen of er nog alternatieven zijn. Men is niet altijd tevreden over de gemaakte keuzes.

Instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg besteden aan informatie over vrijheidsbeperkingen overigens meer aandacht dan ziekenhuisafdelingen, thuiszorginstellingen en huisartsen, maar men krijgt hier ook eerder met vrijheidsbeperkingen te maken.

Naast scholing van medewerkers, kan ook informatie aan en scholing van vertegenwoordigers ertoe bijdragen dat een zorgvuldiger beslissing genomen wordt, indien vrijheidsbeperkingen nodig worden geacht.

### 7.9.5 Klachtenregelingen

Een sluitstuk van de bescherming van patiëntenrechten is de mogelijkheid om klachten in te kunnen dienen. Zeker wanneer vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast is het van belang dat deze mogelijkheid voor cliënten bestaat. Daarom is tijdens het kwantitatieve onderzoek aan de respondenten gevraagd of er een klachtenregeling is, waar cliënten of hun vertegenwoordigers met klachten voor vrijheidsbeperkende toepassingen terecht kunnen, en voorts of van die regeling ook gebruik wordt gemaakt. In onderstaande twee tabellen treft u de resultaten aan.

**Tabel 7-18                      Zorgaanbieders met een klachtenregeling waar geklaagd kan worden over de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen; in procenten**

Zorgaanbieder	N=	Geen klachtenregeling	Algemene klachtenregeling	Klachtenregeling voor vbm
Dagverblijven voor ouderen	39	12,8	79,5	7,7
GVT	65	7,7	90,9	1,5
Ziekenhuisafdelingen	189	2,6	94,7	2,6
Huisartsen	45	22,2	75,6	2,2
Kinderdagverblijven	49	6,1	91,8	2,0
Thuiszorg	48	4,2	95,8	0
Logeerhuizen	7	0	100,0	0
SPD	6	66,7	33,3	0
Totaal	448	7,6	90,0	2,5

Opvallend is dat een aanzienlijk aantal huisartsen in het geheel geen klachtenregeling heeft. Verschillende zorgaanbieders hebben daarentegen een speciale klachtenregeling voor vrij-

heidsbeperkende maatregelen. Mogelijk zijn deze zorgaanbieders aangesloten bij een instelling waar voor een of meerdere locaties een Bopz-aanmerking bestaat.

**Tabel 7-19 Mate waarin geklaagd wordt over vrijheidsbeperkende maatregelen; in procenten**

Zorgaanbieder	N=	Nooit geklaagd	Zelden geklaagd	Regelmatig geklaagd	Onbekend	Niet van toepassing
Ziekenhuisafdelingen	179	63,1	21,8	1,7	10,6	2,8
Kinderdagverblijven	49	73,5	12,2	0	8,2	6,1
GVT	62	79,0	11,3	0	1,6	8,1
Thuiszorg	46	71,7	10,9	0	13,0	4,3
Dagverblijven voor ouderen	36	66,7	8,3	0	11,1	13,9
Huisartsen	45	68,9	4,4	0	4,4	22,2
SPD	5	20,0	0	0	0	80,0
Totaal	345	69,0	15,4	0,9	8,1	6,7

#### 7.9.5.1 Conclusie

Dit onderzoek laat evenals ander onderzoek zien (o.a. Legemaate, et al., 2002) dat over toepassingen van vrijheidsbeperkingen bij verstandelijk gehandicapten, maar ook overigens zelden of nooit geklaagd wordt en roept daarom opnieuw de vraag op of een klachtenregeling voor deze patiëntengroep wel voldoende waarborg biedt om de rechtspositie te beschermen. (Zie hierover ook Arends, 2004) Daarnaast wijst dit onderzoek erop dat nog steeds een aantal zorgaanbieders niet op de hoogte is van het feit dat zij een plicht hebben om een klachtenregeling te hebben en aangesloten zijn bij een klachtencommissie.

## 7.10 Nieuwe regelgeving?

### 7.10.1.1 Algemeen

Aan respondenten is ook steeds de vraag voorgelegd in hoeverre behoefte bestaat aan extra rechtsbescherming om de rechten van verstandelijk gehandicapten beter te waarborgen. Een derde van de aanbieders van zorg aan verstandelijk gehandicapten heeft hier geen mening over. Ruim een kwart heeft geen behoefte aan extra rechtsbescherming en een vijfde vindt dat de huidige wet- en regelgeving voldoende bescherming biedt. Eveneens een kwart heeft wel behoefte aan meer rechtsbescherming. Zorgaanbieders die zich uitsluitend met verstandelijk gehandicapten bezighouden hebben iets meer dan andere zorgaanbieders behoefte aan meer rechtsbescherming, zoals ook blijkt uit Tabel 7-20.

Van degenen die van mening zijn dat extra rechtsbescherming nodig is, vindt een kwart dat de Wet Bopz voor de eigen setting moet gaan gelden en ruim een vijfde vindt dat er een nieuwe wettelijke regeling voor verstandelijk gehandicapten moet komen. 46,4% denkt dat protocollen, richtlijnen en standaarden van brancheorganisaties meer bescherming kunnen bieden aan verstandelijk gehandicapten. 28,6% is van mening dat op instellingsniveau ook meer maatregelen genomen zouden moeten worden om de rechtspositie van deze cliëntengroep te versterken. Zorgaanbieders die zich uitsluitend met zorg aan verstandelijk gehandicapten bezighouden willen vaker dan anderen dat er een nieuwe wettelijke regeling komt. Ruim een derde van deze groep heeft hier behoefte aan.

**Tabel 7-20 Mate waarin zorgaanbieders behoefte hebben aan extra bescherming voor verstandelijk gehandicapten, in procenten**

Zorgaanbieder	N=	Geen extra bescherming	Huidige regelgeving is voldoende	Geen mening	Extra bescherming
Kinderdagverblijven	46	23,9	17,4	19,6	39,1
Thuiszorg	49	14,3	14,3	34,7	36,7
Dagverblijven ouderen	39	17,9	17,9	28,2	35,9
GVT	68	19,1	23,5	30,9	26,5
Ziekenhuisafdelingen	180	33,9	20,6	27,2	18,3
Huisartsen	50	30,0	14,0	50,0	6,0
SPD	7	14,3	28,6	57,1	0
Logeerhuizen	7	14,3	85,7	0	0
Totaal	446	26,0	20,2	30,5	23,3

#### 7.10.1.2 Instellingen die zich uitsluitend bezighouden met verstandelijk gehandicaptenzorg

De meeste respondenten op de locaties die bezocht zijn hebben weinig affiniteit met de wetgeving. Meestal handelen zij volgens het protocol dat van hogerhand is vastgesteld en hebben weinig idee in hoeverre dit overeenstemt of conflicteert met het wettelijk kader.

*'Ik vind het goed dat er niet klakkeloos dingen kunnen gebeuren. Dat je je aan bepaalde dingen moet houden. Het is goed, dat er een bepaalde toetsing op is. We hebben laatst een bezoek gehad van de inspectie en we moeten elkaar intern wat in de gaten houden ter bescherming van de mensen zeg maar. Dat vind ik goed. Maar in hoeverre dat klopt met de wet? Ik weet het niet.'* (teamleider GVT)

*'Ik vind wel dat de huidige regelgeving voldoende bescherming biedt. Soms zelfs wat te. En daar bedoel ik mee dat de cliënt eigenlijk nog meer beschermd wordt dan de medewerker die het toepast. Maar voor de cliënten denk ik zeker, en dat moet ook hoor, om dat je toch te maken hebt met een zwakkere groep, ook qua rechtspositie, dat het belangrijk is dat het ook voldoende is. Maar dat is het op het moment zeker. maar als medewerker moet je er heel goed op passen welke M&M je toepast. Want wanneer een cliënt blauwe plekken krijgt bijvoorbeeld, doordat iemand gedwongen is om deze cliënt te separeren of naar de time-out toe te brengen, kan er na die tijd toch heel veel narigheid van komen. Want de cliënt komt ook thuis en de familie ziet hele blauwe armen en die kunnen daar heel veel werk van maken. De cliënt is daarin meer beschermd nog dan medewerkers. Terwijl medewerkers voor zijn eigen veiligheid toch gedwongen zijn, na de afspraak om de cliënt te separeren.'* (begeleider GVT)

*'Wat ik wel problematisch vind is dat die wet vrijheidsbeperking alleen maar voor de inrichtingen geldt. Wij doen hier dus iets wat eigenlijk niet mag volgens de wet. Dus is dat bescherming voor de cliënt? Ik denk het niet. Want we moeten het toch doen. En dan komen we terug bij het beleid zoals de overheid die een aantal jaren in gang heeft gezet. Alle cliënten moeten bij de intramurale setting van het terrein af, maar ze hebben daar niet de wet op aangepast. Dus alles wat wij hier doen, dat is wel in het kader van het beleid van dat de mensen van de terreinen af en in de wijk gaan wonen. Maar we zijn illegaal bezig, door toch vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen.'* (locatiehoofd GVT)

Vanuit het veld lijkt er in ieder geval meer behoefte aan duidelijkheid, en in ieder geval het gevoel om niet illegaal bezig te hoeven zijn. Daarbij vinden de meesten het legaliseren van de bestaande praktijk, waarbij met vrijheidsbeperkingen op plaatsen waar de Wet Bopz niet van toepassing op een zelfde manier wordt omgegaan als op plaatsen waar dit wel het geval is, een wenselijke manier. Registratie, gekoppeld aan een deugdelijk kwaliteitssysteem is daarbij belangrijk.

*'Ik ben op zich blij dat de Wet Bopz er is. Als je alleen al bij ons op de intramurale setting kijkt hoe*



*de Bopz het separeren heeft teruggedrongen, en op heel veel locaties het afschaffen van separeer-ruimtes, dat is allen maar positief. Maar op de semi-murale plaatsen waar vrijheidsbeperkingen soms ook nodig zijn, brengt deze wet spanning. Ik vind dat wet bijzonder goed, maar het kan niet zo zijn dat er vervolgens niks meer kan. Begrijp me goed, je moet een zeer harde motivatie hebben om te separeren of fixeren. Je ziet dat bij ons soms toch oogluikend wordt toegestaan dat er vrijheidsbeperkende maatregelen worden genomen. Dat vind ik een verhaal, daar moet semi-muraal heel attent op zijn. En dat vind ik goed van onze organisatie, dat ze zeggen behandel het gewoon zoals je bij intramuraal zou doen. Ga er maar naar kijken en registreer maar, dan ben je er bewust van. En dan blijkt misschien achteraf, dat er iets wel of niet nodig is.’ (sectormanager verstandelijk gehandicaptenzorg)*

*‘Wij vinden het heel belangrijk dat iedereen bescherming heeft die daar niet zelf voor kan zorgen. En dat mag bij een wettelijk kader geregeld zijn. Jazeker. Ik zou de manier die wij toepassen, waarbij we een kwaliteitssysteem hebben opgezet voor vrijheidsbeperkingen bij verstandelijk gehandicapten op plaatsen waar de Wet Bopz niet geldt, analoog aan de intramurale setting een goede manier. En verder vind ik dat de inspectie zich hier kritischer mag opstellen, meer toezicht houden. En ik vind ook dat een inspectie ongevraagd eens bij mij binnen moet lopen en het register moet vragen en met het register in de hand ook op de werkvloer moet controleren.’ (zorgmanager verstandelijk gehandicaptenzorg)*

*‘Omdat het zo escaleert bij die groep licht verstandelijk gehandicapten die met justitie in aanraking komen of die in de psychiatrie terechtkomen, denk ik: volgens mij moeten er meer handvatten zijn, wettelijk gezien om daar vanuit je signalering iets aan te kunnen doen. Je ziet het gewoon mislopen. We weten gewoon dat het gaat ontsporen binnen afzienbare tijd en we kunnen er niets mee. Voor dat grijze gebied zou ik wel wat meer ruimte willen hebben. Ik denk dan bijvoorbeeld aan verplichtingen dat mensen hier moeten komen, en dan de verplichting desnoods dat er wordt gekort op de uitkering waar ze gevoelig voor zijn. De verplichting dat je medicijnen mag toedienen. Afzonderingsruimten hier vind ik niet zo’n oplossing’ (manager dagbestedingscentrum)*

### **7.10.1.3 Thuiszorg**

Uit de interviews met zorgverleners uit de thuiszorg blijkt dat er behoefte is aan meer houvast in wettelijke regelingen. Hoewel men van de huidige wettelijke kaders niet altijd op de hoogte is, blijkt wel dat de meesten het idee hebben dat vrijheidsbeperkingen, zoals die worden toegepast in de eigen setting niet zijn toegestaan, terwijl ze soms wel noodzakelijk zijn.

### **7.10.1.4 Huisartsen**

De ondervraagde huisartsen zijn van mening dat de organisatie rondom vrijheidsbeperkingen zou kunnen worden verbeterd. Zij hebben het idee dat niet alle toepassingen bij verstandelijk gehandicapte patiënten bekend worden. Ook bestaat de indruk dat de huidige regelgeving hierover bij betrokken hulpverleners onvoldoende bekend is. Geen van de geïnterviewde huisartsen vindt echter dat de regelgeving zodanig moet worden aangepast, dat ze zelf meer betrokken zijn bij een beslissing tot een vrijheidsbeperking. Niet in alle gevallen hoeft dit volgens hen door een arts te worden bepaald. Ze zijn met name beducht op meer moeten registreren.

*‘Als ik naar mezelf kijk denk ik dat ik het heel goed doe. Maar of iedereen dat doet, dat is denk ik te bediscussiëren. Ja, ik doe het naar mijn eer en geweten. Voor een ander zal dat waardeloos zijn en weer een ander zegt, nou dat doe je best goed. Ja, zo zullen er nuanceverschillen zijn. En ik weet niet of het beter wordt door een strengere regelgeving waarbij je dingen noteert en fiatteert met handtekening, enzovoorts. Het blijven interpretaties naar mijn idee. Door de euthanasiewet zijn ze ook niet veel meer gaan melden, nou het soepeler is geworden. Ja, wat dat betreft is het moeilijk om de wet ook na te leven. Het is, als je je zoveel met paperassen bezig moet houden, zoveel de regelgeving naast je werk moet leggen om te kijken van valt dit nog binnen de wet of valt dit er nou*

*niet binnen. Ja, dan wordt het haast onwerkbaar, naar mijn idee. Het gaat tenslotte over mensen.'*  
(huisarts)

*'De vraag is hoe ver wil je gaan om daar zicht op te krijgen, als er sprake van een vrijheidsbeperking waarvan je zegt daar moeten we toch zorgvuldig mee omgaan. Het gevolg is dan dat, als je zegt van ik wil er meer toezicht op hebben dat er dan meer administratie bij komt kijken. Handhaving. Dat is een volgende stap. Hoe pak je dat aan? Wat er nu gebeurt met de BOPZ gaat te ver, dat je iedere vrijheidsbeperking moet melden. Misschien moet je er naar toe dat je meer met jaarverslagen werkt. De kunst is om een wet te ontwerpen die niet te bureaucratisch is, maar waarmee je toch een zekere mate van rechtsbescherming kunt bewerkstelligen.'* (huisarts)

#### **7.10.1.5 Ziekenhuisafdelingen**

In de bezochte ziekenhuizen vinden alle respondenten dat aanvullende regelgeving wenselijk is, al vragen sommigen zich af of een protocol niet kan volstaan. Men vindt het vreemd dat de Wet Bopz in ziekenhuizen niet geldt, terwijl men dikwijls met dezelfde problematiek wordt geconfronteerd als in psychiatrische ziekenhuizen of op PAAZ-en. Nieuwe regelgeving, vergelijkbaar met de Wet Bopz, geeft meer houvast met betrekking tot wat geoorloofd is en geeft daarnaast ook de psychogeriatrische en andere patiënten meer bescherming. Respondenten denken dat de rechtsbescherming op andere plaatsen – andere afdelingen, andere ziekenhuizen – beter kan, maar vinden dat men op de eigen afdeling op een adequate manier met vrijheidsbeperkingen omgaat.

*'Transparantie vind ik ontzettend belangrijk. Wij moeten als verpleegkundigen ons handelen kunnen verantwoorden en liefst op een zo transparant mogelijke manier. Dat is goed voor de zorg, dat is goed voor het beroep, dat is goed voor de verpleegafdeling, dat is goed voor je risicoprocedure mocht die er voor komen en voor alles goed. Dus ik ben daar zeker voor. Maar ik vind wel dat je niet een gigantisch dichtgetimmerd systeem moet maken, zodat de handelingsmogelijkheden voor de verpleegkundige en de procedures die daar dan allemaal omheen spelen belemmerend kunnen werken voor het leveren van goede kwaliteit in de bescherming. Iedere fixatiecasus is immers een unieke casus. Bij iedereen is het steeds weer anders. En ik denk zelf dat verpleegkundigen goed in staat zijn om inschattingen te kunnen maken, afwegingen te kunnen maken: wat doe je in deze situatie wel en wat doe je niet, en waarom niet en waarom wel.'* (stafmedewerker ziekenhuis)

#### **7.10.1.6 Conclusie**

Veel respondenten bij semi- en extramurale plaatsen voor verstandelijk gehandicaptenzorg hebben weinig kennis van de wettelijke regelingen met betrekking tot vrijheidsbeperkingen. Hun beleid is gebaseerd op de protocollen die vanuit de centrale locatie worden ontwikkeld.

Veel respondenten verbazen zich over het feit dat de Wet Bopz uitsluitend van toepassing is op intramurale voorzieningen, terwijl men de eigen voorziening (GVT, ziekenhuis) vergelijkbaar vindt. Vanuit het veld lijkt er in ieder geval meer behoefte aan duidelijkheid, en in ieder geval het gevoel om niet illegaal bezig te hoeven zijn. Daarbij vinden de meesten het legaliseren van de bestaande praktijk, waarbij met vrijheidsbeperkingen op plaatsen waar de Wet Bopz niet van toepassing op een zelfde manier wordt omgegaan als op plaatsen waar dit wel het geval is, een wenselijke manier. Transparantie van handelen, gekoppeld aan een deugdelijk kwaliteitssysteem is daarbij belangrijk.

# 8

## Slotbeschouwing

### 8.1 Inleiding

In 2001 vond de tweede evaluatie van de Wet Bopz plaats, nader uitgewerkt in tien deelrapporten. Twee deelstudies betroffen de externe, respectievelijk de interne rechtspositie van psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten. (Arends, et al., 2002; Trimbos-instituut, 2002a) Met name het onderzoek dat betrekking heeft op de interne rechtspositie laat zien dat de Wet Bopz geen geschikt kader vormt voor de beide sectoren. Eén van de redenen die daarvoor aangegeven wordt is dat een verschuiving van de zorgzwaarte waarneembaar is naar plaatsen waar de Wet Bopz niet van toepassing is. Dit heeft mede tot gevolg dat daar in toenemende mate vrijheidsbeperkingen plaatsvinden op psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten, zonder dat daarbij de rechtsbeschermende werking van de Wet Bopz geldt. Met bovengenoemde constatering sluit dit onderzoeksrapport aan op de eerste Bopz-evaluatie, waar een soortgelijke constatering werd gedaan. (Wesseling, 1996; Wettum, 1996)

Verschillende onderzoeken prikkelen tot de vraag of in de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg met betrekking tot toepassing van vrijheidsbeperkingen geen ander wettelijk kader zou moeten gelden dat meer aansluit op de aard van de zorg die geboden wordt, alsmede op de plaatsen waar die zorg plaatsvindt. Vrijheidsbeperkingen en vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen in dit verband worden omschreven als alle middelen of maatregelen die in de zorg aan psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten toegepast worden met als doel of als effect het beperken van de vrijheid.

Ook bij het Ministerie VWS leeft inmiddels de vraag of geen andere wettelijke regeling noodzakelijk is en daarom heeft het in november 2002 aan het instituut voor Beleid en Management Gezondheidszorg, onderdeel van het Erasmus Medisch Centrum/Erasmus Universiteit Rotterdam de opdracht gegeven om verder onderzoek te verrichten naar de aard van de problematiek in de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg met betrekking tot toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen op plaatsen waar de Wet Bopz niet van toepassing is. Aan dit onderzoek lag de volgende probleemstelling ten grondslag:

In hoeverre bestaat er behoefte aan extra rechtsbescherming voor verstandelijk gehandicapten en psychogeriatrische patiënten op plaatsen waar de Wet Bopz niet van toepassing is, indien vrijheidsbeperkingen worden toegepast?

De probleemstelling werd geoperationaliseerd in een aantal deelvragen:

1. Op welke wijze en in welke mate is zorg aan psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten georganiseerd?
2. Hoeveel vrijheidsbeperkende maatregelen worden bij psychogeriatrische patiënten

en verstandelijk gehandicapten op plaatsen en in situaties waar de Wet Bopz niet geldt toegepast en in hoeveel van deze gevallen betreft het dwang?

3. Wie beslist tot toepassing van vrijheidsbeperkingen en in hoeverre is men zich bewust van het beperkende karakter ervan?
4. Welke mate van zorgvuldigheid wordt bij toepassingen van vrijheidsbeperkingen betracht?
5. Wat zijn ervaringen van zorgverleners met (dwang)toepassingen van vrijheidsbeperkende maatregelen?
6. In hoeverre en op welke wijze zouden vrijheidsbeperkingen in deze setting verder dienen te worden gereguleerd?

In deze beschouwing wordt eerst kort ingegaan op de wijze waarop dit onderzoek is uitgevoerd. (8.2). Daarbij zal onder meer worden ingegaan op de betrouwbaarheid en validiteit. Vervolgens zullen in par. 8.3 de belangrijkste uitkomsten per deelvraag worden behandeld. Waar relevant zijn ook aanbevelingen geformuleerd. In paragraaf 8.4 volgt tot slot een korte eindconclusie met nog enkele algemene aanbevelingen.

Bij het formuleren van de conclusies is mede gebruik gemaakt van de uitkomsten van de invitational conference van 29 oktober 2003. Waar relevant wordt naar deze conferentie verwezen. Een verslag daarvan is overigens opgenomen als bijlage 3 bij dit rapport.

## **8.2 Onderzoeksopzet**

Het onderzoek bestond uit drie onderdelen, te weten een literatuurstudie, een kwantitatieve en een kwalitatieve onderzoeksfase.

De literatuurstudie omvatte een analyse van kamerstukken, jurisprudentie, en wetenschappelijke literatuur. Verder is literatuur en ander materiaal gezocht om een overzicht te krijgen van plekken waar zorg aan psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten plaatsvindt. Het kwalitatieve onderzoek bestond uit 108 interviews die plaatsvonden bij 35 zorgaanbieders. Bij vrijwel alle zorgaanbieders zijn interviews gehouden met personen die op verschillende niveaus betrokken waren bij de zorg voor psychogeriatrische patiënten en/of verstandelijk gehandicapten. Het betrof onder andere vertegenwoordigers, verzorgenden en verpleegkundigen, afdelingshoofden, beleidsmedewerkers, (huis)artsen/specialisten, orthopedagogen (verstandelijk gehandicaptenzorg) en managers/directeuren.

Met betrekking tot psychogeriatrische patiënten is geïnterviewd in woonzorgcomplexen die bestonden uit verschillende zorgvormen, in een kleinschalige woonvoorziening en bij een RIO. In ziekenhuizen, thuiszorginstellingen en bij huisartsen handelden de interviews voor een groot deel over psychogeriatrische patiënten, maar hadden verschillende zorgaanbieders ook in meer of mindere mate ervaring met verstandelijk gehandicapten.

Met betrekking tot mensen met een verstandelijke handicap is voorts geïnterviewd in gezinsvervangende tehuizen, dagverblijven, sociaal-pedagogische diensten (SPD's) en logeerhuizen. Alle bezochte instanties vormden onderdeel van grote zorgconcerns waar meerdere zorgproducten werden aangeboden en waar in ieder geval ook steeds intramurale zorg onderdeel van uitmaakte. Verder is geïnterviewd bij het LCIG.

Ten behoeve van het kwantitatieve onderzoek is een vragenlijst verstuurd naar ruim 2000 (afdelingen van) zorgaanbieders die zich bezighouden met zorg aan psychogeriatrische patiënten en/of verstandelijk gehandicapten. Ongeveer 800 van de vragenlijsten werden verstuurd naar de vier á vijf afdelingen van alle ziekenhuizen waar vrijheidsbeperkingen het meest konden worden verwacht, te weten cardiologie, neurologie, orthopedie, interne geneeskunde, en indien

aanwezig de afdeling (klinische) geriatrie. Verder werd steeds een vragenlijst verzonden naar de directie van het ziekenhuis met het verzoek deze door te zenden naar een afdeling die naast de andere aangeschreven afdelingen eveneens regelmatig met vrijheidsbeperkingen te maken had.

De zorgaanbieders hebben drie keer een herinnering ontvangen. De laatste mailing bestond mede uit een non-respons-enquête, die respondenten eventueel ook konden kiezen om in te vullen. In deze enquête werd gevraagd naar redenen om de grote vragenlijst niet in te vullen. Deze vragenlijst was zó opgesteld dat ook voor de meeste van deze respondenten inzicht kon worden verkregen in het vóórkomen van de relevante cliëntengroepen en/of het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen.

Uiteindelijk is een respons verkregen van ruim 60% van het aantal aangeschreven zorgaanbieders. Onder de 1243 reacties bevonden zich 764 grote vragenlijsten en 479 non-respons-enquêtes. Met dit resultaat ligt de overall respons boven het gemiddelde voor dit soort onderzoeken.

### **8.2.1 Betrouwbaarheid onderzoek**

Door middel van het gebruik van verschillende, elkaar complementerende, onderzoeksmethoden is getracht een optimale betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten te verkrijgen. Zo kunnen veel uitkomsten vanuit de interviews en de resultaten van de kwantitatieve fase onderling worden vergeleken. Daardoor wordt de geldigheid van uitspraken in de kwalitatieve fase versterkt. Voor wat betreft de kwantitatieve onderzoeksfase kan gesteld worden dat de meeste uitkomsten significant zijn. Op onderdelen kan dit echter voor sommige respondentengroepen vanwege een relatief kleine reactie soms niet het geval zijn geweest. Ook hier kon dit echter steeds gecompenseerd worden door de resultaten uit de verschillende onderzoeksfases met elkaar te vergelijken.

Veel zorgaanbieders die zorg bieden aan eenieder of aan ouderen, zijn niet op de hoogte van het aantal cliënten binnen de eigen organisatie die kunnen worden gekwalificeerd als psychogeriatrisch of verstandelijk gehandicapt. Zij konden vragen hierover niet invullen of slechts schatten.

In het algemeen geldt voor de meeste zorgaanbieders dat de registraties met betrekking tot toepassingen van vrijheidsbeperkingen nog te wensen overlaat. Dit heeft tot gevolg dat veelal slechts een schatting is gegeven van het aantal vrijheidsbeperkingen dat binnen de organisatie voorkomt. Ook hebben respondenten deze vraag nogal eens overgeslagen, terwijl volgens de informatie wel vrijheidsbeperkingen worden toegepast.

De percentages die met betrekking tot aantallen toepassingen van vrijheidsbeperkingen en de aanwezigheid van psychogeriatrische patiënten en/of verstandelijk gehandicapten zijn weergegeven, dienen als ondergrens worden gezien. Er is sprake van een ondergrens omdat zorgaanbieders niet hebben opgegeven dat vrijheidsbeperkende maatregelen plaatsvinden, terwijl dit wel gebeurt, respondenten vanwege het feit dat vrijheidsbeperkingen een negatieve connotatie hebben de neiging hebben om de situatie iets rooskleuriger voor te spiegelen en omdat niet alle maatregelen die vrijheidsbeperkend zijn, altijd als zodanig worden beschouwd.

Niettegenstaande het voorgaande kan gesteld worden dat de opzet van het onderzoek dermate breed was en de resultaten van de verschillende onderzoeksfases elkaar zodanig aanvulden dat dit onderzoek een betrouwbaar beeld geeft van de praktijk met betrekking tot vrijheidsbeperkingen bij psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten op plaatsen waar de Wet Bopz niet van toepassing is.

## **8.3 Resultaten**

### **8.3.1 Organisatie van zorg**

Ten behoeve van het benaderen van de juiste zorgaanbieders met betrekking tot dit onderzoek was het noodzakelijk inzicht te verkrijgen in de wijze waarop de zorg voor psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten is georganiseerd. Daartoe is literatuur bestudeerd en zijn enkele oriënterende interviews gehouden met enkele sleutelpersonen. Een verslag van deze literatuurstudie is weergegeven in hoofdstuk 4.

Uit de literatuurstudie blijkt dat beide sectoren een periode van transitie doormaken, die wordt gekenmerkt door substitutie van zorg. Ten gevolge daarvan worden nieuwe zorgproducten ontwikkeld, die erop zijn gericht zorg te verlenen aan cliënten in een voor hen zo min mogelijk belastende omgeving. In de verstandelijk gehandicaptenzorg leidt dit tot ontmanteling van grote intramurale instellingen. Daarnaast hebben hier de afgelopen jaren tal van fusies plaatsgevonden, waardoor grote zorgconcerns zijn ontstaan. Daarbij vindt tevens een concentratie van kennis plaats, hetgeen zijn weerslag heeft op alle bij zo'n concern aangesloten zorgvoorzieningen. Als gevolg van de deinstitutionalisering krijgen lichtere zorgvoorzieningen te maken met cliënten met een grotere zorgvraag, waardoor soms vaker vrijheidsbeperkingen noodzakelijk zijn.

Ook in de psychogeriatric worden nieuwe zorgproducten ontwikkeld. Hier wordt de ontwikkeling daarvan mede gestuurd door het feit dat door veroudering steeds meer psychogeriatrische patiënten bijkomen. De wachtlijsten zijn lang en in tussentijd moet een oplossing gezocht worden. Het effect is hetzelfde: in toenemende mate krijgen lichtere zorgvoorzieningen te maken met cliënten met een grotere zorgvraag, waardoor eveneens soms vrijheidsbeperkende maatregelen noodzakelijk zijn. Ook in de psychogeriatric vinden steeds meer fusies plaats. In eerste instantie gebeurde het meer dat dezelfde zorgaanbieders fuseerden, maar tegenwoordig wordt net als in de verstandelijk gehandicaptenzorg steeds meer gedifferentieerd gefuseerd. Van kenniscentra, met betrekking tot psychogeriatrische zorg, vergelijkbaar met die in de verstandelijk gehandicaptenzorg is in vergelijking tot de verstandelijk gehandicaptenzorg veel minder sprake.

Tot slot is er een recente ontwikkeling die gevolgen kan hebben voor de wijze waarop de zorg in de toekomst wordt gestructureerd. Het betreft een wijziging van de AWBZ van 1 april 2003, die tot gevolg heeft dat er functiegericht wordt geïndiceerd. Eén van de doelstellingen van deze wijziging is dat de zorg die wordt aangeboden, niet meer afhankelijk is van een plaats waar deze wordt gegeven, en daarmee meer vraaggestuurd van aard kan worden. De Wet Bopz die bepaalde vormen van zorg alleen maar onder bepaalde condities mogelijk maakt, strookt niet met die doelstelling.

### **8.3.2 Vrijheidsbeperkingen: in hoeverre komt het voor?**

De moeite die het aanvankelijk kostte om voldoende respondenten te vinden voor de twee empirische onderzoeksfases, deed vermoeden dat het veld in beide sectoren weinig ervaring en affiniteit heeft met vrijheidsbeperkende maatregelen. Dit vermoeden blijkt maar ten dele te kloppen.

Uit het non-responsonderzoek kan worden afgeleid dat een groot deel van de zorgaanbieders kennelijk geen belangstelling heeft voor het onderwerp ('geen tijd'), waarmee de conclusie gerechtvaardigd lijkt dat het daarmee bij deze zorgaanbieders ook nog niet echt een onderwerp van bewust beleid vormt. De zorgaanbieders waar het kwalitatieve onderzoek is uitgevoerd

vormen op dat punt dus een afwijkende groep, omdat vrijheidsbeperkingen hier wel de aandacht hebben. Het onderzoek geeft meer aanwijzingen dat bij veel andere zorgaanbieders weinig aandacht geschonken wordt aan vrijheidsbeperkende maatregelen en het voorkomen daarvan. Een aantal toepassingen worden door het veld ook niet altijd herkend als toepassingen van vrijheidsbeperkingen.

Tijdens het onderzoek is uitgebreid aandacht geschonken aan de mate waarin vrijheidsbeperkende maatregelen bij zorgaanbieders voorkomen. Van alle respondentengroepen blijken alleen SPD's niet of nauwelijks direct te maken te krijgen met vrijheidsbeperkende maatregelen. Van de overige zorgaanbieders wordt de helft (huisartsen) tot vrijwel allen (ziekenhuisafdelingen) met toepassingen van vrijheidsbeperkingen geconfronteerd, of passen zij deze zelf toe.

In de psychogeriatrische zorgverlening wordt van meer naar minder het meest genoemd het gebruik van bedhekken, sederende medicatie of psychofarmaca, lichte fixatie (het gebruik van een diepe stoel, een tafelblad voor de rolstoel of een stoel tegen een tafel plaatsen en dergelijke, zware fixatie (het gebruik van Zweedse banden, verpleegdekens etc.) en in mindere mate het gecamoufleerd toedienen van medicatie, het gebruik van belmatten, en het afzonderen van cliënten. Bij de onderzochte zorgaanbieders doen zich verschillen voor, maar bedhekken en het gebruik van sederende medicatie en psychofarmaca komen bij alle zorgaanbieders veelvuldig voor. Deze twee middelen of maatregelen worden relatief vaak door respondenten niet als vrijheidsbeperking gezien, waardoor de kans groot is dat deze in de praktijk veel vaker gebruikt worden.

In de zorg aan verstandelijk gehandicapten wordt door zorgaanbieders het meest gebruik gemaakt van afzondering en het gebruik van sederende medicatie of psychofarmaca. Afzondering vindt vooral plaats bij zorgvormen die zich uitsluitend met verstandelijk gehandicaptenzorg bezighouden. Daarnaast wordt hier geregeld met lichte fixatiemiddelen, zware fixatiemiddelen en de deur op slot gewerkt. Het gebruik van bedhekken en belmatten komt in vergelijking tot de psychogeriatric minder veelvuldig voor. In het algemeen liggen de percentages met betrekking tot het aantal toepassingen van vrijheidsbeperkingen bij de instellingen die zich met verstandelijk gehandicaptenzorg bezighouden iets hoger dan instellingen die zich niet (uitsluitend) met verstandelijk gehandicaptenzorg bezighouden. Dat kan enerzijds betekenen dat vrijheidsbeperkingen hier meer plaatsvinden. Anderzijds is het ook mogelijk dat instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg beter registreren, daardoor ook beter op de hoogte zijn van het aantal toepassingen en een meer betrouwbare opgave van het aantal toepassingen doen.

In ziekenhuizen, thuiszorg en bij huisartsen komen toepassingen van vrijheidsbeperkingen bij verstandelijk gehandicapten minder voor. Als vrijheidsbeperkingen worden toegepast bij deze cliëntengroep, dan melden de zorgaanbieders vooral het gebruik van bedhekken, een enkele keer fixatie en daarnaast het gebruik van medicatie. Het gebruik van bedhekken komt vaker voor dan bij aanbieders van uitsluitend verstandelijk gehandicaptenzorg; alle overige middelen of maatregelen minder vaak. Omdat verstandelijk gehandicapten bij deze zorgaanbieders minder als groep herkend worden, is het aantal toepassingen bij deze groep dat hier gevonden werd slechts een grove schatting, al wijken ze niet buitengewoon af van de zorgaanbieders voor uitsluitend gehandicaptenzorg.

Tot slot is vermeldenswaard dat een kwart van de huisartsen die met vrijheidsbeperkende maatregelen te maken hebben, aangeeft vrijheidsbeperkingen toe te passen bij psychogeriatric patiënten en/of verstandelijk gehandicapten, zonder dat daar andere professionele zorgverleners betrokken zijn. Ook heeft een deel er weet van dat andere zorgverleners, zoals thuiszorg, vrijheidsbeperkingen thuis toepassen, zonder dat dit met de huisarts wordt overlegd. Ruim een derde van de artsen die te maken hebben met vrijheidsbeperkingen weet dat mantelzorgers thuis vrijheidsbeperkingen toepassen, zonder overleg met professionele hulpverleners.

Verreweg de meeste vrijheidsbeperkingen vinden plaats in het kader van het zorgplan. Toepassingen van vrijheidsbeperkingen in noodsituaties en dwangbehandeling komen volgens de respondenten in beide onderzoeksfases veel minder vaak voor, waarbij zich noodsituaties vaker voordoen dan dwangbehandelingen.

Gemiddeld krijgt een vijfde van de zorgaanbieders die vrijheidsbeperkende maatregelen toepassen, wel eens te maken met dwang. Gemengde zorgaanbieders die tevens zorg verlenen aan verstandelijk gehandicapten zeggen bij deze groep niet of nauwelijks dwang toe te passen. Met noodsituaties wordt driekwart van de zorgaanbieders voor psychogeriatrische zorg en een derde van de zorgaanbieders voor verstandelijk gehandicaptenzorg geconfronteerd. Het hoge percentage bij aanbieders van zorg voor psychogeriatrische patiënten komt vooral voor rekening van ziekenhuisafdelingen, waar meer dan 90% noodsituaties bij deze patiëntengroep meemaakt.

Dat overall minder dwangbehandeling gevonden wordt, vindt enerzijds, net als uit ander onderzoek naar voren komt, zijn oorzaak in het feit dat verzet van cliënten geïnterpreteerd wordt. Het moet voldoen aan voorwaarden van onder andere consistentie, persistentie, en soms ook bekwaamheid, wil men er gehoor aan geven. Aan de andere kant geldt volgens respondenten – in de psychogeriatricie meer dan in de verstandelijk gehandicaptenzorg – dat de cliëntenpopulatie ook zodanig is dat dwang minder vaak noodzakelijk is. Een derde reden is dat dwangbehandeling een negatieve connotatie heeft en respondenten daarom, ondanks het feit dat het de uitvoering van een zorgplan betreft, situaties waarin dwang moet worden gebruikt iets eerder als noodsituatie dan als dwangbehandeling betitelen.

### **8.3.3 Procedure vrijheidsbeperkingen**

#### **8.3.3.1 Algemene zorgprocedure**

Vrijwel alle zorgaanbieders werken ten behoeve van hun cliënten met zorgplannen. Het minst gebeurt dit door huisartsen.

In vergelijking tot de andere zorgaanbieders hebben die in de verstandelijk gehandicaptenzorg veel vaker het beleid om standaard een vertegenwoordiger aan te wijzen bij hun cliënten. Uit de interviews komt echter naar voren dat als het gaat om opstelling van een zorgplan/werkplan/leefplan in het algemeen voornamelijk met de cliënt zelf wordt overlegd, zeker op plaatsen waar dagopvang plaatsvindt. In de GVT's worden daarnaast ook vertegenwoordigers meer betrokken.

In de psychogeriatrische zorg kan het omgekeerde worden waargenomen. Hoewel het aanwijzen van een vertegenwoordiger in ziekenhuizen, thuiszorginstellingen, en woonzorgcomplexen minder standaard gebeurt, blijkt uit de interviews dat voor het opstellen van zorgplannen en andere meer complexe zorgzaken veel minder met de cliënt zelf dan met familie wordt overlegd. Kleinschalige woonvoorzieningen wijzen overigens wel in het algemeen standaard een vertegenwoordiger aan. Op deze plaats heeft men ook met een groep cliënten te maken die overwegend zwaar dement is.

Opvallend in de zorg aan psychogeriatrische patiënten is dat wanneer geen vertegenwoordiger voorhanden is die door de Wgbo wordt aangewezen, hetgeen zich bij deze groep nogal eens voor kan doen, men net zo gemakkelijk gebruik maakt van verdere familieleden, vrienden of burens van de cliënt. Volgens de respondenten uit de interviews wordt met deze vertegenwoordigers niet anders omgegaan dan met reguliere vertegenwoordigers. Vanuit de verstandelijk gehandicaptenzorg wordt het ontbreken van vertegenwoordiging beduidend minder vaak als probleem naar voren gedragen. Deze sector kenmerkt zich veeleer door een grote betrokkenheid van vertegenwoordigers.

Het veld heeft behoefte aan meer duidelijkheid voor situaties waarin geen vertegenwoordiger



voorhanden is. Dit probleem verdient bovendien meer aandacht nu art. 6 van het door Nederland nog te ratificeren verdrag inzake de rechten van de mens en de biogeneeskunde in alle situaties, met uitzondering van spoedeisende, een vertegenwoordiging verplicht stelt.

Belangrijk als het gaat om toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen is de vraag in hoeverre cliënten zelf bij deze beslissing worden betrokken. Als men zelf weloverwogen toestemming geeft voor een vrijheidsbeperking, verdwijnt immers het vrijheidsbeperkende karakter (mits de cliënt zelf ook invloed heeft op het beëindigen daarvan). Opmerkelijk veel instellingen onderzoeken nooit de wilsonbekwaamheid van cliënten. Verder geven de meeste zorgaanbieders aan dat de wilsonbekwaamheid wordt onderzocht als vrijheidsbeperkende maatregelen en/of andere ingrijpende behandelingen worden toegepast, of dat het zelfs altijd gebeurt. Uit de interviews blijkt echter dat de vraag naar wilsonbekwaamheid vaak pas opkomt als een cliënt toestemming weigert. Als toestemming wordt gegeven, of geen daadwerkelijk bezwaar wordt geuit komt de vraag nooit aan de orde, ook al zou de cliënt bij nader onderzoek wellicht wilsonbekwaam worden bevonden. Dit betekent dat de wilsonbekwaamheid derhalve dikwijls niet wordt onderzocht, terwijl dit wel zou moeten. Verder valt op dat verreweg in de meeste gevallen het vaststellen van de wilsonbekwaamheid een gezamenlijke beslissing is van de betrokken zorgverleners in overleg met de familie. Uitsluitend in ziekenhuizen wordt de wilsonbekwaamheid iets vaker door een arts vastgesteld.

Als de wilsonbekwaamheid eenmaal is vastgesteld wordt dit bij relatief weinig zorgaanbieders in het zorgplan of zorgdossier vastgelegd. Dit is opmerkelijk, omdat met name als het gaat om toepassingen van vrijheidsbeperkingen het besluit toch grote gevolgen heeft.

Met betrekking tot toepassingen voor vrijheidsbeperkingen wordt ingeval van wilsonbekwaamheid dikwijls toestemming gevraagd aan vertegenwoordigers. Deze zijn echter vaak niet op de hoogte van alternatieven en zijn daardoor geneigd sneller akkoord te gaan met het idee dat de zorgverlener meer deskundigheid in huis heeft. Het komt daarnaast geregeld voor dat zij uit angst dat hun familielid iets overkomt, verder willen gaan in het beperken van vrijheden dan de zorgverleners.

### **Aanbevelingen**

- 1. Het is belangrijk dat de wilsonbekwaamheid van cliënten ten aanzien van zorgbeslissingen nauwgezet wordt vastgesteld. Dit is met name van belang wanneer het beslissingen met betrekking tot toepassingen van vrijheidsbeperkingen betreft. Bij een wilsonbekwaamheidsverklaring in deze situaties dient inzichtelijk te zijn dat een objectieve vaststelling heeft plaatsgevonden. Het gebruik van protocollen daarbij is wenselijk en het vastleggen van de vaststelling van wilsonbekwaamheid en de redenen die daartoe hebben geleid in het zorgdossier een minimumvoorwaarde.*
- 2. Een zorgvuldige vertegenwoordiging van wilsonbekwame patiënten is van wezenlijk belang, zeker ten behoeve van het nemen van een beslissing over de wenselijkheid en de noodzaak van een vrijheidsbeperkende maatregel. Ter ondersteuning van vertegenwoordigers zouden cursussen moeten ontwikkeld. Daarnaast zou meer voorlichting en informatie gegeven moeten worden door de overheid, brancheorganisaties, maar ook door zorgaanbieders.*
- 3. Er zou een duidelijke oplossing moeten komen voor situaties waarin door de Wgbo geen vertegenwoordiger meer voorhanden is, zodat ook dan voor de cliënt gewaarborgd dat iemand namens hem en in diens belang beslissingen neemt.*

### **8.3.3.2 Definitie vrijheidsbeperkingen**

Zowel in de enquête als tijdens de interviews is gevraagd naar een definitie van vrijheidsbeperkingen. Tijdens de interviews viel op dat respondenten op de vraag naar de betekenis met name bij de psychogeriatrische zorgaanbieders (inclusief ziekenhuizen, thuiszorginstellingen en

huisartsen) veelal voorbeelden werden gegeven in plaats van een definitie, terwijl in de verstandelijk gehandicaptenzorg naast voorbeelden ook definities werden gegeven. Mogelijk heeft dit te maken met een grotere bekendheid met de materie in de verstandelijk gehandicaptenzorg.

De meeste vrijheidsbeperkende maatregelen worden als zodanig beschouwd. Een aantal roepen discussie op, het betreft voornamelijk het gebruik van medicatie, van belmatten en andere elektronische meldingsapparatuur en in mindere mate afzondering.

Het gebruik van sederende medicatie en psychofarmaca door ruim tweederde van de respondenten gezien als vrijheidsbeperkend. Het minst vaak gebeurt dit door (huis)artsen. De reden waarom medicatie wordt voorgeschreven (wegnemen onrust, hallucinaties, verstoord dagnacht-ritme e.d.) vinden veel respondenten een andere dan iemand beperken in zijn vrijheden. Een tweede moeilijkheid is dat de grens wanneer het gebruik van deze medicatie vrijheidsbeperkend wordt, moeilijk vast te stellen is. Desondanks laat het onderzoek zien dat medicatie vaker wordt gebruikt als alternatief voor fysieke vrijheidsbeperkingen. De gevolgen kunnen soms voor betrokkenen ingrijpend zijn. Ook tijdens de invitational conference is merkbaar dat het veld sterk wisselend denkt over het vrijheidsbeperkende karakter van vrijheidsbeperkingen. Ook hier komen beide kanten naar voren: een aantal sprekers beaamt dat medicatie wordt voorgeschreven om de vrijheid te beperken, om mensen rustig te houden. Anderen wijzen erop dat het vrijheidsbeperkende karakter afhangt van de reden waarom er wordt voorgeschreven.

Het gebruik van een belmat of andere elektronische meldingsapparatuur wordt door minder dan de helft van de respondenten als vrijheidsbeperking beschouwd. Sommige respondenten vinden dat dit hooguit op de privacy van cliënten ingrijpt; anderen zeggen dat iemand meteen bij het bed van de cliënt komt om naar bed te worden gebracht, zodat deze wel degelijk in zijn bewegingsvrijheid wordt beperkt. Deze groep beschouwt elektronische meldingsapparatuur dus wel als vrijheidsbeperking, zij het veelal de minst ingrijpende en een goed alternatief voor zwaardere middelen.

Afzondering wordt ook niet altijd als vrijheidsbeperkend beschouwd. In ziekenhuizen gaat het vaker om psychogeriatrische patiënten die overlast veroorzaken en die apart op een kamer worden gelegd. In de verstandelijk gehandicaptenzorg, maar bijvoorbeeld ook in kleinschalige woonvoorzieningen voor psychogeriatrische patiënten, worden cliënten wel eens even afgezonderd van de rest, al dan niet in aanwezigheid van een begeleider, om even tot rust te komen, of de overige cliënten te laten bedaren. Over het vrijheidsbeperkende karakter van zulke momenten wordt wisselend gedacht.

#### **Aanbeveling**

4. *Het is wenselijk om tot een heldere omschrijving te komen van wat een vrijheidsbeperkende toepassing inhoudt, waarbij grenzen duidelijk worden vastgesteld. Het gebruik van medicatie dient daarin meegenomen te worden, omdat dit middel in de praktijk wordt afgewogen tegen het toepassen van fysieke vrijheidsbeperkingen.*

#### **8.3.3.3 Redenen voor toepassing**

Hiervoor kwam nog niet aan de orde waaróm vrijheidsbeperkingen worden toegepast. Deze vraag is zowel aan de orde geweest bij de enquête, als tijdens de interviews. Bij de enquête kwam bij alle zorginstellingen unaniem naar voren dat gevaar voor de cliënt zelf de belangrijkste reden is om een vrijheidsbeperkende maatregel voor te schrijven, gevolgd door bescherming voor de cliënten en het voorkomen van gevaar voor anderen. In de verstandelijk gehandicaptenzorg waren deze laatste twee categorieën veelal omgedraaid. Door zorgaanbieders wordt daarnaast dikwijls het voorkomen van onrust van de cliënt wordt genoemd. Ook zijn het waarborgen van veiligheid vanwege onvoldoende toezicht en personeelstekort belangrijke redenen om vrijheidsbeperkingen toe te passen. Met name door ziekenhuizen, thuiszorginstellingen en kinderdagverblijven en logeerhuizen in de verstandelijk gehandicaptenzorg worden deze

redenen nogal eens naar voren gebracht. Bij gezinsvervangende tehuizen komt dit niet of nauwelijks voor.

Tijdens de interviews werd de vraag naar redenen voor toepassing steeds open gesteld. De zorg voor psychogeriatrische patiënten geeft dan redelijk eensluidend als beeld dat de voornaamste redenen zijn, onrust, dwalen, het veroorzaken van overlast en in mindere mate het voorkomen van (val)gevaar, medische redenen en agressie (dit laatste voornamelijk in ziekenhuizen). Verder komt ook geregeld naar voren dat personeelstekort een reden is om vrijheidsbeperkingen toe te passen.

In de verstandelijk gehandicaptenzorg worden genoemd onrust, agressie, het bieden van structuur, en het wegnemen van prikkels. Personeelstekort wordt hier incidenteel en in vergelijking tot de psychogeriatricie veel minder genoemd als reden.

Het onderzoek laat zien dat het veld worstelt met begrippen als (ernstig) gevaar, (ernstig) nadeel, bescherming e.d. Een begrip als 'noodzakelijk' geeft wellicht beter en neutraler weer wanneer een vrijheidsbeperkende maatregel geïndiceerd is. Daarbij moet dan duidelijk zijn dat de maatregel een ultimatum remedium is en dat gekozen wordt voor de minst ingrijpende maatregel.

In dit onderzoek worden geen uitspraken gedaan in hoeverre toepassingen van vrijheidsbeperkingen ook daadwerkelijk noodzakelijk zijn, of in geval van dwang voldoen aan het door de wet gestelde criterium van ernstig nadeel of ernstig gevaar. Een dergelijke afweging is zorginhoudelijk en dient door middel van ander onderzoek te worden vastgesteld. Desondanks komen uit dit onderzoek wel factoren naar voren die een rol spelen in het voorkomen van vrijheidsbeperkingen, dan wel de beslissing om een vrijheidsbeperkende maatregel te nemen beïnvloeden. Enkele van deze factoren zijn:

- Voldoende personeel en toezicht. Het onderzoek laat zien dat het ontbreken van toezicht nogal eens vrijheidsbeperkende maatregelen noodzakelijk maakt.
- Voldoende deskundig personeel. Daarbij gaat het niet in de eerste plaats om de minimale opleiding die zorgverleners moeten hebben gevolgd, maar een regelmatige training op de werkplek die aandacht besteedt aan alternatieven voor vrijheidsbeperkingen en een adequate toepassing indien dit onvermijdelijk is.
- De deskundigheid van vertegenwoordigers kan bijdragen tot een nog meer afgewogen beslissing.
- De bouwkundige situatie kan een factor zijn die vrijheidsbeperkingen noodzakelijk maakt of juist kan voorkomen.
- Het beschikbare materiaal is van invloed op welke maatregel genomen wordt. De aanwezigheid van bepaalde instrumenten genereert soms de noodzaak volgens respondenten (separaties, Zweedse banden); aan de andere kant kan de afwezigheid ervan soms nopen tot overplaatsing, of de toepassing van andere (zwaardere) maatregelen nodig maken.

#### **Aanbevelingen**

5. *Meer onderzoek naar de noodzaak van toepassingen van vrijheidsbeperkingen en het voorkomen van vrijheidsbeperkende maatregelen bij psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten is gewenst. Hier ligt een taak voor zowel overheid, brancheorganisaties, als zorgverleners.*
6. *Naast het verrichten van onderzoek is het noodzakelijk dat die kennis uitgedragen en uitgewisseld wordt. Daartoe zouden kenniscentra en platforms ontwikkeld kunnen worden, die zich niet uitsluitend hoeven te beperken tot de eigen cliëntengroep.*

#### **8.3.3.4 Procedure met betrekking tot vrijheidsbeperkingen**

Aanbieders die zich (mede) bezighouden met psychogeriatrische zorg leggen toepassingen van

vrijheidsbeperkingen relatief vaak niet vast in het zorgplan of zorgdossier. Met name thuiszorginstellingen en huisartsen doen dit maar in beperkte mate. Bij aanbieders van verstandelijk gehandicaptenzorg gebeurt het in ongeveer van de helft van de gevallen. Toepassingen van vrijheidsbeperkingen in noodsituaties en dwangbehandeling worden nog veel minder in het zorgplan of zorgdossier vastgelegd. Mogelijk hangt dit samen met het feit dat dit ook minder vaak voorkomt. Het voorschrijven van sederende medicatie en/of psychofarmaca wordt bij alle zorgaanbieders in verreweg de meeste gevallen in het zorgplan of zorgdossier opgenomen. Het minst vaak gebeurt dit bij huisartsen en kleinschalige woonvoorzieningen. Bij alle overige zorgaanbieders gebeurt het ongeveer even vaak.

Op verreweg de meeste plaatsen is het toepassen van vrijheidsbeperkingen een gezamenlijke beslissing van de betrokken hulpverleners in overleg met de vertegenwoordiger of de cliënt. Uit de interviews blijken veel zorgaanbieders veelvuldig gebruik te maken van een multidisciplinair overleg, waarin de toepassing van vrijheidsbeperkingen wordt besproken. Een bijkomend voordeel is dan dat disciplines elkaar kunnen 'onderwijzen' in het voorkomen van en het beter omgaan met vrijheidsbeperkingen. Ook tijdens de invitational conference wordt benadrukt dat multidisciplinair overleg kwaliteitsverhogend werkt. Voor sommige zorgaanbieders, zoals thuiszorg, is dit soms echter wat moeilijker te organiseren.

Bij de beslissing over vrijheidsbeperkende maatregelen zou in de meeste gevallen volgens respondenten een arts betrokken moeten zijn, omdat deze kan beoordelen of toepassingen medisch verantwoord zijn en de afweging kan maken en of een toepassing beter met een fysieke vrijheidsbeperking, dan wel door middel van medicatie kan plaatsvinden. Huisartsen worden op deze manier, als zij met vrijheidsbeperkingen worden geconfronteerd, vaak via andere zorgverleners bij de beslissing tot toepassing van vrijheidsbeperkingen betrokken. Dit kan bijvoorbeeld een thuiszorginstelling zijn, maar ook een verzorgingshuis of woonzorgcomplex. In kleinschalige woonvoorzieningen en ziekenhuizen wordt het besluit tot toepassing dikwijls door de behandelend arts genomen. Toch vinden in ziekenhuizen respondenten vaker dat verpleegkundigen evenzeer in staat zijn om te beslissen over de noodzaak van een vrijheidsbeperking.

In de verstandelijk gehandicaptenzorg werkt men in veel settings niet met een arts, maar met een orthopedagoog. Vanuit zijn gedragskundige expertise is deze in staat een overwogen keuze te maken en zonodig een arts in te schakelen indien medicatie gewenst is.

Opvallend is, dat met name in ziekenhuizen overleg lang niet altijd betekent dat aan patiënt of vertegenwoordiger ook toestemming wordt gevraagd. Tijdens de invitational conference bevestigt iemand dat dit binnen de eigen instelling in ieder geval voor het toepassen van bedekken geldt. De meeste respondenten in de kwalitatieve onderzoeksfase gaven hier aan dat overleg betekent dat de vertegenwoordigers weliswaar worden geïnformeerd, maar de beslissing is dan al genomen. Desondanks geeft het overgrote deel van de respondenten van de ziekenhuizen in de enquête aan die toestemming wel te vragen; in de meeste gevallen zelfs aan zowel de cliënt als vertegenwoordiger. Een mogelijke verklaring voor deze discrepantie is dat men tijdens de interviews vrijheidsbeperkingen vooral associeerde met noodsituaties. Ook tijdens de invitational conference werd dit gesuggereerd. Een andere verklaring is dat men in de enquête wellicht een sociaal wenselijk antwoord heeft gegeven. Ook verschillende uitspraken tijdens interviews geven de indruk dat het vragen van toestemming in ziekenhuizen niet altijd een vanzelfsprekendheid is.

## **Aanbevelingen**

7. *Teneinde een zorgvuldig zorgsysteem te ontwikkelen met betrekking tot de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen zouden alle zorgaanbieders moeten werken met een zorg- of behandelplan. Een dergelijk instrument dwingt zorgaanbieders om een doelstelling te formuleren voor een vrijheidsbeperkende toepassing en door middel van evaluatie regelmatig te toetsen of*

*die doelstelling ook wordt bereikt en of de maatregel nog nodig is.*

- 8. Multidisciplinair overleg tussen ter zake relevante disciplines lijkt de kwaliteit van zorg met betrekking tot toepassingen van vrijheidsbeperkingen te bevorderen. Daarom dient dit overleg zoveel mogelijk te worden bevorderd. De inbreng van een arts, en in de verstandelijk gehandicaptenzorg een orthopedagoog is daarbij noodzakelijk en zou dan ook een voorwaarde moeten zijn teneinde een beslissing omtrent een toepassing voor een vrijheidsbeperkende maatregel te mogen nemen.*
- 9. Tenzij er sprake is van een noodsituatie moet bij zorgbeslissingen, indien een cliënt wilsonbekwaam is, conform de eisen die de Wgbo stelt te allen tijde toestemming worden gevraagd aan vertegenwoordigers, zeker wanneer het gaat om beslissingen inzake vrijheidsbeperkende toepassingen. Zorgaanbieders dienen hun medewerkers beter voor te lichten over de taak die vertegenwoordigers hierin hebben en ervoor zorg te dragen dat zorgverleners hun verplichtingen hierin beter naleven.*

### **8.3.3.5 Registratie en melding**

Uit het onderzoek komt naar voren dat als er vrijheidsbeperkingen worden toegepast dit in de meeste gevallen ook op enigerlei wijze wordt vastgelegd in het zorgdossier. Van een centrale registratie is in gemengde aanbieders van zorg nauwelijks sprake hetgeen verklaart dat dat de vraag naar het vóórkomen van vrijheidsbeperkende maatregelen niet altijd even goed is ingevuld. Ook tijdens de interviews blijkt dat de meeste zorgaanbieders uit deze categorie geen idee hebben hoeveel vrijheidsbeperkingen binnen de eigen organisatie voorkomen. Instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg hebben iets vaker een centrale registratie. Ook tijdens de interviews in deze sector komt naar voren dat de meeste bezochte zorgaanbieders een centrale registratie hebben. De vrijheidsbeperkingen worden doorgegeven op een centrale plek binnen het zorgconcern, waar deze in een registratiesysteem worden verwerkt. Bij deze zorgaanbieders geeft men steeds aan dat een goed registratiesysteem niet tijdrovend hoeft te zijn en dat er een goed beleid op te voeren is.

In de enquêtes kan niet worden teruggevonden dat reeds veelvuldig centraal wordt geregistreerd in de verstandelijk gehandicaptenzorg. Een mogelijke verklaring voor de verschillen is dat de zorgaanbieders die bereid waren mee te werken aan het onderzoek verder zijn dan andere instellingen. Een andere verklaring is dat de centrale registratie bij de grotere zorgconcerns meer recent zijn ingevoerd, maar dat de organisatie nog niet zodanig is dat reeds een regelmatige terugkoppeling plaatsvindt. Deze verklaring wordt ondersteund door het feit dat bij de tweede Bopz-evaluatie in de verstandelijk gehandicaptenzorg nog nauwelijks centrale registraties van vrijheidsbeperkingen werden aangetroffen. (Arends, et al., 2002)

Tijdens de invitational conference wordt onderkend dat een centrale registratie een nuttig onderdeel van een kwaliteitssysteem zou kunnen zijn. De meeste aanwezigen zijn voorstanders van de introductie van een dergelijk systeem.

Van melding aan de Inspectie is bij de meeste zorgaanbieders niet of nauwelijks sprake. De zorgaanbieders kennen hiertoe ook geen wettelijke plicht en bovendien hanteert de Inspectie volgens een aantal respondenten het beleid dat zij niet wil worden geïnformeerd over toepassingen van vrijheidsbeperkingen in situaties waarvoor geen wettelijke meldingsplicht bestaat.

### **Aanbevelingen**

- 10. Een centrale registratie van vrijheidsbeperkingen is een nuttig instrument om inzicht te verkrijgen in het aantal toepassingen binnen een organisatie, de redenen van toepassingen en de plaatsen waar dit gebeurt. Alle zorgaanbieders dienen centrale registratie na te streven en de gegevens te gebruiken om beleid mee te ontwikkelen. Voor huisartsen zou een dergelijke registratie minimaal moeten gelden voor die situaties waarin geen andere professionele zorgverleners betrokken zijn.*

11. *Het melden van vrijheidsbeperkingen aan de Inspectie leidt onvoldoende tot rechtsbescherming op individueel niveau. Desondanks kan de Inspectie een meer actieve rol vervullen in het bieden van ondersteuning en feedback met betrekking tot toepassingen van vrijheidsbeperkingen aan zorgaanbieders op beleidsmatig niveau.*

### **8.3.4 Zorgvuldigheid toepassingen vrijheidsbeperkingen**

De vierde onderzoeksvraag luidde welke mate van zorgvuldigheid wordt betracht bij de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen. Zorgvuldigheid wordt allereerst bepaald door een zorgvuldige procedure toe te passen. Daarover is hiervoor al het nodige aan de orde gekomen. Binnen dit bestek is voorts gekeken in hoeverre protocollen zijn ontwikkeld om de procedure gestalte te geven. Daarop wordt hieronder het eerst ingegaan. Voorts is deze onderzoeksvraag geoperationaliseerd door te onderzoeken in welke mate verantwoorde zorg wordt geleverd met betrekking tot de toepassing van vrijheidsbeperkingen.

#### **8.3.4.1 Protocollen**

Veel zorgaanbieders hebben al protocollen ontwikkeld voor toepassing van vrijheidsbeperkingen, of zijn, zo blijkt uit de interviews, hiermee bezig. Tweederde van de ziekenhuisafdelingen werkt met dergelijke protocollen. Thuiszorginstellingen en huisartsen hebben nog maar weinig protocollen. In de woonzorgcomplexen en bij de kleinschalige woonvoorzieningen in de psychogeriatric heeft ongeveer de helft van de voorzieningen een protocol.

In de verstandelijk gehandicaptenzorg wordt meer dan in de overige instellingen met protocollen gewerkt. Uit de interviews blijkt dat de zorgvoorzieningen die deel uit maken van een groot zorgconcern dikwijls werken met een protocol dat zowel voor de intramurale als de andere voorzieningen geldt.

#### **Aanbeveling**

12. *Protocollen zijn een nuttig kwaliteitsinstrument ter verbetering van de organisatie van de zorg met betrekking tot vrijheidsbeperkingen. Protocollen bieden bovendien voor zorgaanbieders een kans om een optimaal zorgvuldige procedure te ontwikkelen die is toegesneden op de eigen situatie. Zij doen er dan ook goed aan om een protocol met betrekking tot toepassingen van vrijheidsbeperkingen op te stellen. Brancheorganisaties zouden hun leden kunnen ondersteunen door modelprotocollen te maken.*

#### **8.3.4.2 Verantwoorde zorg**

De vraag in hoeverre de diverse zorgaanbieders verantwoorde zorg leveren met betrekking tot toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen is verder uitgewerkt in een aantal deelaspecten waarop de zorgaanbieders zijn beoordeeld. Het betreft de organisatie van de zorg, de organisatie van het toezicht, de deskundigheid van de zorgverleners en de grenzen van de zorg die binnen de eigen setting kan worden geboden.

##### **8.3.4.2.1 Organisatie van de zorg**

Hiervoor zijn verschillende aspecten van de wijze waarop het veld de zorg rondom vrijheidsbeperkende maatregelen heeft georganiseerd reeds aan de orde geweest. De interviews geven het meeste inzicht in de wijze waarop de verschillende aspecten van de organisatie gewaardeerd moeten worden. Iedere setting vraagt om een andere aanpak. Het voert te ver om daar in dit bestek uitgebreid op in te gaan. Toch kunnen een aantal overeenkomsten worden waargenomen.

- Het werken met zorgplannen brengt met zich mee dat zorgverleners zorgvuldiger te werk gaan met de zorg in het algemeen en met de toepassing van vrijheidsbeperkingen

in het bijzonder. Dit komt omdat het werken met zorgplannen dikwijls prikkelt tot het formuleren van zorgdoelen. Verder zet de procedure rondom zorgplannen zorgverleners er meer toe aan toestemming te vragen aan vertegenwoordigers en eventueel de cliënt zelf.

- Een multidisciplinair overleg versterkt bovenstaande aspecten. Bovendien heeft dit overleg als voordeel dat zorgverleners kunnen leren van elkaars disciplines. Het overleg bevordert derhalve professioneel gedrag, hetgeen als bijkomend effect heeft dat vrijheidsbeperkende maatregelen soms ook kunnen worden voorkomen.
- In de meeste gevallen verdient het voorkeur dat de eindverantwoordelijkheid van een toepassing van een vrijheidsbeperking bij een arts wordt gelegd. In de verstandelijk gehandicaptenzorg kan dit vaak beter gebeuren bij een orthopedagoog eventueel gezamenlijk met een arts, omdat de zorg hier veel minder dan in de psychogeriatric vanuit een medisch perspectief is ingericht. Een arts/orthopedagoog kan beter dan andere disciplines de afweging maken of in een concreet geval waarin geen andere oplossing mogelijk is beter voor een fysieke vrijheidsbeperking dan wel voor medicatie kan worden gekozen. In die situaties waarbij meerdere artsen betrokken zijn, zoals bij substitutieprojecten, bestaat er een voorkeur om de verantwoordelijkheid bij de meest deskundige arts te leggen, omdat het overleg met meerdere artsen omslachtig is en soms niet leidt tot de best mogelijke uitkomst, omdat bijvoorbeeld de arts die het besluit neemt het advies van een deskundige(r) andere arts naast zich neerlegt.
- Binnen grotere organisaties waarbij op vrijheidsbeperkingen niet op alle plaatsen in gelijke mate voorkomen, is het raadzaam te werken met consulenteams die de zorgverleners, die met een cliënt worden geconfronteerd bij wie mogelijk een vrijheidsbeperking moet worden toegepast, kunnen adviseren. Met name bij grote concerns van verstandelijk gehandicaptenzorg, en bij enkele ziekenhuizen heeft men hier goede ervaringen mee opgedaan. Bij de concerns voor verstandelijk gehandicaptenzorg blijkt voorts dat inzicht in plaatsen waar vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast en om welke redenen de deskundigheid kunnen versterken. Ook intervisie- en supervisiegroepen kunnen een wezenlijke bijdrage leveren.

#### **Aanbeveling**

13. *Naast de al eerder beschreven verbeteringen in de organisatie van de zorg, kunnen zorgaanbieders de kwaliteit van zorg met betrekking tot toepassingen van vrijheidsbeperkingen verbeteren door gebruik te maken van de expertise die men op andere plaatsen binnen de instelling heeft, dan wel contacten te leggen met andere zorgaanbieders. Voorbeelden van mogelijkheden zijn consulenteams en intervisiegroepen. Dit soort initiatieven hoeft zich niet te beperken tot een sector, maar kan zich ook uitstrekken over meerdere sectoren. Aanbieders van zorg voor psychogeriatric patiënten en voor verstandelijk gehandicaptenzorg kunnen op deze wijze profiteren van elkaars ervaringen en deskundigheid.*

#### **8.3.4.2.2 Organisatie van het toezicht**

De wijze waarop het toezicht is georganiseerd wanneer een vrijheidsbeperkende maatregel wordt toegepast is een belangrijke factor in de beantwoording van de vraag of de verleende zorg verantwoord is. Wanneer het toezicht, gegeven een bepaalde toepassing, onvoldoende is, moet die vraag dan ook negatief beantwoord worden. Uit het onderzoek blijkt echter ook dat de aanwezigheid van voldoende toezicht vrijheidsbeperkende maatregelen juist kan voorkomen. Op tal van plaatsen wordt aangegeven dat wanneer er onvoldoende personeel is dat cliënten continu in het oog kan houden, de kans op vrijheidsbeperkingen toeneemt. Dat neemt niet weg dat het toezicht verantwoord moet zijn, zodra een vrijheidsbeperking noodzakelijk is. Tijdens de invitational conference wordt erop gewezen dat de mate van toezicht dan plaats moet vinden mede afhankelijk is van de aard van de maatregel die wordt genomen.

In de thuiszorg vindt het toezicht dikwijls plaats door mantelzorgers. Ook huisartsen geven dit vaker aan. Daarnaast worden mantelzorgers in de psychogeriatrische zorg ook regelmatig ingeschakeld bij kleinschalige woonvoorzieningen en in mindere mate ook in ziekenhuizen. In de verstandelijk gehandicaptenzorg komt het veel minder voor dat mantelzorgers worden ingeschakeld voor het toezicht. Uit interviews met respondenten van thuiszorginstellingen blijkt dat het in het algemeen onverantwoord is om vrijheidsbeperkingen toe te passen bij cliënten zonder dat er mantelzorg aanwezig is, of een andere wijze van toezicht is geregeld.

De mate waarin het toezicht in woonzorgcomplexen is geregeld is afhankelijk van het zorgproduct. Zo hebben logeerhuizen, en de meer verzorgingshuisachtige settings in het algemeen meer toezicht 's nachts dan de zelfstandige woonvormen die bij het complex zijn aangesloten. In voorkomende gevallen worden hier echter ook rondes georganiseerd waarop op gezette tijden iemand komt controleren. Sommige zorgaanbieders gebruiken daarbij ook elektronische hulpmiddelen.

In de gezinsvervangende tehuizen werkt men met nachtwachten die rondes maken over diverse lokaties. Sommige GVT's hebben in aanvulling hierop eveneens elektronische hulpmiddelen.

In het algemeen blijkt dat het toezicht 's nachts vaker een probleem is om te organiseren, dan het toezicht overdag. Elektronische hulpmiddelen kunnen het toezicht verbeteren, maar gaan wel ten koste van privacy en vrijheid van cliënten. De meeste respondenten zien deze hulpmiddelen desondanks niet als een vrijheidsbeperking. Velen geven bovendien aan dat het gebruik van deze hulpmiddelen erger kan voorkomen.

#### **Aanbevelingen**

- 14. De aanwezigheid van voldoende personeel en toezicht kan vrijheidsbeperkingen voorkomen. Zorgaanbieders die zorg verlenen aan cliëntengroepen waarbij een toezien oog nodig is, dienen hun zorg zodanig te organiseren dat vrijheidsbeperkende maatregelen zoveel mogelijk kunnen worden vermeden. De overheid dient aandacht te hebben voor het verband tussen de aanwezigheid van voldoende personeel en het voorkomen van vrijheidsbeperkingen.*
- 15. Wanneer het gebruik van (elektronische) hulpmiddelen bij het toezicht onvermijdelijk is, dienen zorgaanbieders te bewerkstelligen dat deze de cliënten die het betreft niet verder dan strikt noodzakelijk belasten.*
- 16. Indien mantelzorgers bij het toezicht worden betrokken, dienen zij op duidelijke wijze te worden geïnstrueerd en zonodig geschoold met betrekking tot toepassingen van vrijheidsbeperkingen.*

#### **8.3.4.2.3 Deskundigheid zorgverleners**

Hiervoor kwam al aan de orde dat instellingen die werken met een multidisciplinair overleg profiteren van de deskundigheid van de verschillende disciplines binnen dat overleg. De gezamenlijke deskundigheid neemt daardoor toe, hetgeen leidt tot minder, maar ook zorgvuldiger toepassingen. Dit verschijnsel komt bij alle zorgaanbieders die aangeven ermee te werken naar voren.

Daarnaast blijkt dat in de verstandelijk gehandicaptenzorg de grote zorgconcerns relatief veel aandacht besteden aan scholing met betrekking tot vrijheidsbeperkingen, en het omgaan met agressie en onrust van cliënten. Tijdens de interviews geven veel respondenten blijk van een positief effect van de cursussen die op dit terrein zijn gevolgd. Dit heeft geleid tot een grotere bewustwording en minder toepassingen van vrijheidsbeperkingen. Eigen cursussen in de eigen setting, waar direct wordt ingesprongen op situaties die men in de praktijk van alledag tegenkomt werken het beste. De meeste respondenten zijn van mening dat de scholing op dit terrein nog verder zou moeten worden geïntensiveerd. Regelmatige bijscholing blijft belangrijk.

In de psychogeriatrische zorg, alsmede in de ziekenhuizen en onder huisartsen is de scholing op het terrein van vrijheidsbeperkingen veel minder wijd verbreid. Toch geeft in de enquête van



deze zorgaanbieders bijna de helft aan toch enige begeleiding te geven/te ontvangen op dit terrein. Tijdens de interviews blijkt dat de begeleiding/scholing echter lang niet van het niveau is dat bij de aanbieders van verstandelijk gehandicaptenzorg naar voren komt. Bij al deze zorgaanbieders zelf is men van mening dat de kennis op het terrein van toepassingen van vrijheidsbeperkingen sterk kan worden verbeterd.

In het algemeen wordt gerichte scholing op het omgaan met psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten, alsmede op het (voorkomen van) toepassen van vrijheidsbeperkingen belangrijker gevonden, dan het opleidingsniveau zelf. Veel respondenten geven aan dat het met name de affiniteit is die men met de cliënten en de problematiek die maakt dat goede zorg geboden wordt.

#### **Aanbevelingen**

- 17. Opleidingen voor zorgverleners moeten meer aandacht besteden aan toepassingen van vrijheidsbeperkingen en vooral ook het voorkomen daarvan.*
- 18. Zorgaanbieders doen er goed aan hun medewerkers regelmatig met betrekking tot toepassingen van vrijheidsbeperkingen en het voorkomen daarvan bij te scholen en andere maatregelen te nemen om de deskundigheid zoveel mogelijk te bevorderen.*

#### **8.3.4.2.4 Grenzen verantwoorde zorg**

Belangrijk in de beoordeling of een zorgaanbieder verantwoorde zorg levert met betrekking tot toepassing van vrijheidsbeperkingen bij psychogeriatrische patiënten en/of verstandelijk gehandicapten is de vraag of deze onderkent wanneer de grenzen van wat binnen de eigen setting verantwoord is, bereikt worden. Tijdens de interviews is aan deze vraag uitgebreid aandacht besteed. Bekeken is wanneer zorgaanbieders van mening zijn dat die grens bereikt is en, daarmee gepaard gaande, besluiten om de desbetreffende cliënt over te plaatsen. Voor alle zorgaanbieders in beide sectoren geldt dat het adagium is dat men de cliënt zo lang mogelijk in de eigen setting wil behouden. Daar wordt niet zozeer een eigen belang mee nagestreefd als wel de wens van de cliënt, dan wel diens familie om te blijven. Men ziet de cliënt niet graag verder afglijden. Dit is in feite een tegengesteld belang, in vergelijking tot het belang om tijdig over te plaatsen. In de praktijk blijkt dan ook dat zorgaanbieders met die tegenstelling worstelen.

Het besluit om iemand over te plaatsen hangt van verschillende factoren af. In de eerste plaats is de zorgvisie relevant. Voor sommige zorgaanbieders is het feit dat (bepaalde) vrijheidsbeperkende maatregelen genomen moeten worden een reden om iemand over te plaatsen. Voor de één kan dat betekenen dat ter overbrugging de betreffende maatregel toch genomen wordt, voor de ander kan het soms met zich meebrengen dat een gevaarlijke situatie in de tussentijd voor lief wordt genomen. Daarnaast komen binnen concerns voor verstandelijk gehandicaptenzorg ook tijdelijke overplaatsingen voor, bijvoorbeeld om iemand te separeren. Een andere mogelijkheid is dat in de tussentijd gezorgd wordt voor meer toezicht. Een enkele zorgaanbieder wijst voor de tussenliggende periode de verantwoordelijkheid af en legt die neer bij de mantelzorg.

Andere factoren die het besluit tot overplaatsing beïnvloeden zijn dat men binnen de eigen setting de zorg niet meer aankan, dat de overlast te groot wordt, dat de cliënt gevaar veroorzaakt voor zichzelf of voor zijn omgeving, of dat het verblijf binnen de setting voor de cliënt geen meerwaarde meer heeft. Hoe men al deze factoren weegt is ook weer afhankelijk van de zorgvisie. De ene zorgaanbieder zal eerst alles uitproberen om de cliënt te behouden – ook met vrijheidsbeperkingen - terwijl de ander sneller vindt dat de grens bereikt is.

#### **Aanbevelingen**

- 19. Teneinde verantwoorde zorg te kunnen bieden is het voor zorgaanbieders van belang dat zij een*

*zorgvisie hebben met betrekking tot toepassing van vrijheidsbeperkingen, maar ook wat de grenzen zijn in de zorg die binnen de eigen setting kan worden geboden. Die zorgvisie dient voor iedereen kenbaar te zijn en ook zouden zorgaanbieders hierop toetsbaar moeten kunnen zijn. Het verdient daarom aanbeveling om een dergelijke zorgvisie op schrift te stellen. Daarnaast zou een dergelijke zorgvisie regelmatig opnieuw moeten worden gezien, zodat deze aangepast blijft aan de actuele stand van zaken en mogelijkheden binnen de organisatie.*

20. *Niet alleen het vaststellen van grenzen van verantwoorde zorg binnen de eigen organisatie is van wezenlijk belang, maar ook het naleven daarvan. Indien grenzen bereikt worden, dienen zorgaanbieders erop toe te zien dat cliënten op een juiste manier worden overgedragen aan een andere zorgaanbieder, of een andere plek binnen dezelfde organisatie. Het afwijzen van verantwoordelijkheden kan niet worden beschouwd als verantwoorde zorg, en zou daarom door zorgaanbieders niet moeten gebeuren.*

### 8.3.5 Ervaringen

Bij de bespreking van de eerste vier deelvragen van dit onderzoek zijn al de nodige ervaringen aan de orde geweest. In deze paragraaf volgt een kort overzicht van de ervaringen van respondenten in beide onderzoeksfases met toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen.

Een meerderheid van de zorgaanbieders die zich bezighouden met zorg aan psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten krijgt te maken met vrijheidsbeperkende maatregelen. Voor velen is dat incidenteel, maar een aantal zorgaanbieders krijgt betrekkelijk geregeld met vrijheidsbeperkingen te maken. Dit geldt met name voor ziekenhuizen. Voor de andere zorgaanbieders is het afhankelijk van de aard van de cliëntenpopulatie. Zo kan in gezinsvervangende tehuizen de zorgzwaarte van de cliënten wisselen. Verder kan gesteld worden dat men vaker met vrijheidsbeperkingen te maken heeft, als de zorgvorm intensiever is. Om deze reden hebben kleinschalige woonvoorzieningen voor psychogeriatrische patiënten, ondanks het feit dat hun beleid er op gericht is om vrijheidsbeperkingen zoveel mogelijk te voorkomen, toch vaker dan andere zorgaanbieders met vrijheidsbeperkende maatregelen te maken. Hun cliëntenpopulatie laat zich qua zorgzwaarte echter vergelijken met verpleeghuizen.

In beide sectoren wordt aangegeven dat de problematiek met betrekking tot vrijheidsbeperkingen ook toeneemt, al zijn de redenen daarvoor niet helemaal hetzelfde. In de verstandelijk gehandicaptenzorg krijgt men op niet-Bopz-plaatsen vaker met vrijheidsbeperkingen te maken, omdat door ontmanteling van grote intramurale instellingen en de vermaatschappelijking van de zorg, de cliënten verspreid worden over kleinere locaties waar de wet niet geldt. Op die locaties wordt men vaker dan vroeger geconfronteerd met cliënten die een zwaardere zorgbehoefte hebben. Overigens geldt voor veel cliënten dat het verblijf op zo'n kleinere locatie met veel vrijheden ook beter is. Dikwijls leidt het tot meer rust en op termijn ook tot minder vrijheidsbeperkingen.

In de psychogeriatricie speelt met name het probleem van de dubbele vergrijzing een rol. Daardoor komen er in een betrekkelijk snel tempo steeds meer psychogeriatrische patiënten bij die moeten worden opgevangen. Door de lange wachtlijsten is er onvoldoende doorstroming en bovendien geven volgens respondenten cliënten, dan wel hun familie, aan zo lang mogelijk van de lichtst denkbare zorgvorm gebruik te willen maken.

Alle respondenten zien fysieke vrijheidsbeperkingen als een ultimum remedium. Daarentegen ervaart men toepassing van medicatie veel minder als vrijheidsbeperkend. Zo geven verschillende respondenten aan dat zij in voorkomende gevallen medicatie een goed alternatief vinden voor een Zweedse band. Op veel plaatsen geeft men dan ook aan vroeger Zweedse banden vaker te hebben gebruikt, maar dit tegenwoordig niet meer of slechts incidenteel te doen.

Evenmin als het gebruik van medicatie worden ook bedekken, het gebruik van elektronische hulpmiddelen als belmatjes en deurmelders in de verstandelijk gehandicaptenzorg veelal niet als vrijheidsbeperking beschouwd. Dit is dikwijls het geval op plaatsen waar die beperkingen

wel regelmatig toegepast worden. Hoewel alle maatregelen wellicht erger kunnen voorkomen, bewerkstelligt deze houding dat inzicht in het aantal toepassingen ontbreekt en een beleid om beperkingen te voorkomen onvoldoende kan worden ontwikkeld.

De meeste respondenten zijn niet van mening dat de eigen zorg met betrekking tot toepassingen van vrijheidsbeperkingen onverantwoord is, al komt dit incidenteel wel voor. Wel wijst men, zoals in de vorige paragraaf reeds werd besproken de verantwoordelijkheid soms van de hand.

### **8.3.6 Naar een nieuwe regelgeving?**

De laatste onderzoeksvraag luidde in hoeverre en op welke wijze vrijheidsbeperkingen in de zorg voor psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten verder zou dienen te worden gereguleerd. In deze paragraaf wordt ingegaan op de reikwijdte van het huidige wettelijke kader en de mate van bescherming deze biedt, alsmede in hoeverre het veld behoefte heeft aan nieuwe regelgeving op dit terrein. De volgende paragraaf geeft de eigenlijke beantwoording van deze laatste onderzoeksvraag.

#### **8.3.6.1 Huidige wettelijke kaders**

Met betrekking tot vrijheidsbeperkende maatregelen gelden twee wettelijke kaders, te weten de Wet Bopz, van toepassing op daartoe aangewezen (intramurale) instellingen mits de cliënt de vereiste juridische status heeft (Bopz-indicatie, RM of IBS), en de Wgbo voor alle gevallen waarin de Wet Bopz niet van toepassing is. De laatste wet is van toepassing in alle situaties waarop dit onderzoek betrekking heeft.

Het stramien van de Wet Bopz is dat iemand die door een geestelijke stoornis een gevaar veroorzaakt voor zichzelf of voor zijn omgeving, door middel van een rechterlijke machtiging, een inbewaringstelling, of – alleen ten behoeve van psychogeriatrische verpleeginrichtingen of instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg – door middel van een art. 60 Bopz-indicatie. Tijdens het onvrijwillig verblijf wordt een behandelplan opgesteld. Vrijheidsbeperkingen kunnen daar onderdeel van uit maken, mits de patiënt, of ingeval van wilsonbekwaamheid, met de inhoud van het plan akkoord gaat. Dwangbehandeling of toepassingen van middelen of maatregelen in noodsituaties tijdens het onvrijwillig verblijf verblijf, is alleen mogelijk onder in de wet strikt voorgeschreven voorwaarden. Hoewel de wet richtlijnen biedt voor de rechtsbescherming van patiënten die onvrijwillig zijn opgenomen, richt deze zich primair op de opneming zelf.

Ook de Wgbo staat vrijheidsbeperkingen toe als een wilsbekwame patiënt ermee instemt, of als een vertegenwoordiger vervangend toestemming heeft gegeven ten behoeve van een wilsonbekwame patiënt en deze laatste zich niet verzet. Indien de patiënt zich wel verzet is, net als bij de Wet Bopz een gedwongen toepassing mogelijk. Daarbij moet de vrijheidsbeperkende maatregel aan de volgende voorwaarden voldoen (art. 7:465 lid 6 BW):

- a) Er is sprake van een verrichting in de zin van art. 7:446 BW,
- b) De verrichting is van ingrijpende aard,
- c) De verrichting is kennelijk nodig om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen,
- d) De patiënt is wilsonbekwaam,
- e) Er is toestemming van een vertegenwoordiger.

Naast deze situaties kan er ook zonder toestemming gehandeld worden in noodsituaties (art. 7:466 BW).

De werking van de Wgbo met betrekking tot toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen is onduidelijk. Het ten behoeve van dit onderzoek uitgevoerde literatuur- en jurisprudentieonderzoek wijst er echter op dat de bepaling inzake dwangbehandeling een ruime reikwijdte heeft.

Daartoe zijn de volgende argumenten gevonden.

1. *De plaats die de wet in het recht inneemt.* Het gaat om een algemene patiëntenwet die aanvullend geldt bij bijzondere wetten, en daarnaast van toepassing is in situaties waarin geen bijzondere wet geldt. Uit de parlementaire geschiedenis van de Wet Bopz blijkt nergens dat men de Wgbo heeft willen 'uitschakelen' voor situaties waarin er sprake is van een geestelijke stoornis of beperking. Daarmee komt het argument te vervallen dat dwangbehandeling uitsluitend zou zijn toegestaan voor een somatische behandeling. Cruciaal voor de toepasselijkheid is de vraag of sprake is van een geneeskundige behandeling of verrichting in de zin van de Wgbo. Een beschrijving van het begrip is te vinden in de leden 2 en 3 van art. 7:446 BW. Daarnaast is van belang dat de verrichting wordt uitgevoerd door een hulpverlener in de zin van de wet. Dit is een (rechts)persoon die een geneeskundig beroep op bedrijf uitoefent. Een verrichting die door een arts wordt uitgevoerd in die hoedanigheid, of onder de verantwoording van een arts, is per definitie een geneeskundige handeling. Bij anderen hangt het af van de aard van de verrichting. Een vrijheidsbeperkende maatregel die in het kader van de zorg wordt genomen zal vrijwel steeds gekwalificeerd kunnen worden als verrichting, rechtstreeks betrekking hebbende op een persoon en ertoe strekkende hem van een ziekte te genezen, hem voor het ontstaan van een ziekte te behoeden of zijn gezondheidstoestand te beoordelen. Uit vorenstaande vloeit voort dat een vrijheidsbeperkende maatregel *niet* onder de Wgbo valt als deze niet gekwalificeerd kan worden als een verrichting in de zin van art. 7:446 BW, óf als deze niet verricht wordt door of namens een persoon die hulpverlener in de zin van deze wet is. In de overige gevallen moet de geoorloofdheid van de vrijheidsbeperkende toepassing beoordeeld worden volgens de Wgbo.
2. *De wordingsgeschiedenis van art. 7:465 lid 6 BW.* De bepaling is bij amendement ingevoerd met als doel dwangbehandeling uitsluitend mogelijk te maken voor soortgelijke situaties als waarvoor art. 38 lid 5 Bopz bedoeld is. De betekenis is derhalve hetzelfde. De andere woordkeus werd niet zozeer ingegeven om verschillen weer te geven, als wel om de bepaling redactioneel meer aan te laten sluiten op de Wgbo.
3. *Jurisprudentie.* Verschillende rechtbanken hebben in uitspraken aangegeven dat de Wgbo ruimte biedt voor toepassingen van vrijheidsbeperkingen. Hoewel de Hoge Raad zich er nog nooit over heeft uitgesproken, hebben twee Advocaten-Generaal in hun conclusie bij enkele arresten hetzelfde aangegeven. Nergens worden in de rechtspraak beperkingen van de reikwijdte genoemd.
4. *Europese regelgeving.* De bepalingen van art. 7:465 lid 6 en art. 7:466 BW bieden voldoende wettelijke basis om de vrijheid te beperken, zonder in strijd te komen met grondwettelijke en Europeesrechtelijke bepalingen. Relevante bepaling in dit verband is in de eerste plaats art. 5 EVRM, dat voorschrijft dat detentie niet is toegestaan buiten de aangegeven gronden en zonder dat daarvoor een wettelijke basis is. Daarnaast moet worden genoemd art. 2 van het vierde Protocol bij het EVRM dat handelt over vrijheidsbeperkingen, die mits daarvoor een wettelijke basis is onder meer mogen worden toegepast ter bescherming van de gezondheid of ter bescherming van de rechten en vrijheden van anderen. Uitspraken van het Europese Hof van de Rechten van de Mens wijzen er bovendien op dat vrijheidsbeperkingen die met het oog op de zorg worden toegepast, niet snel als detentie in de zin van art. 5 EVRM worden beschouwd. Het Hof ziet vrijheidsbeperkingen en vrijheidsbeneming als een glijdende schaal. Zelfs wanneer een bepaalde op basis van de Wgbo toegepaste maatregel wel als detentie zou kunnen worden bestempeld, hoeft er nog geen strijd met art. 5 EVRM te zijn, zolang er maar geen feitelijk beletsel is voor iemand om zich direct tot een rechter te kunnen wenden. Uiteraard moet dan wel voldaan zijn aan de door art. 7:465 lid 6 gestelde voorwaarden. Ingeval een op grond van art. 7:465 lid 6 genomen maatregel als detentie kan worden

beschouwd is er echter wel strijd met art. 15 lid 2 GW die verder gaat dan het EVRM en onder meer vereist dat iemand wiens vrijheid is ontnomen gehoord moet worden binnen bij de wet te bepalen termijn.

Daarnaast bestaat de kans dat de dwangbehandelingsregeling in relatie tot het nog niet in werking getreden verdrag inzake de rechten van de mens en de biogeneeskunde onvoldoende waarborgen biedt voor wilsonbekwame patiënten. Dit geldt in ieder geval voor de situatie waarin geen vertegenwoordiging voorhanden is, maar mogelijk ook met betrekking tot zaken als toegang tot de rechter, klachtmogelijkheden en dergelijke.

De Wgbo biedt weinig rechtsbescherming bij toepassing van vrijheidsbeperkingen. Van de regeling gaan nauwelijks prikkels uit tot het laten ontstaan van richtlijnen vanuit jurisprudentie. Dit geldt zeker wanneer vrijheidsbeperkende maatregelen worden genomen bij psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten, cliëntengroepen die duurzaam niet in staat zijn om zelfstandig voor hun belangen in rechte op te komen. Deze argumentatie wordt ondersteund door het feit dat de rechter nog nooit uitspraken heeft gedaan over de rechtmatigheid van vrijheidsbeperkingen op de voet van art. 7:465 lid 6 BW.

De Wgbo bevat in tegenstelling tot de Wet Bopz geen incentives voor transparant handelen, voor onafhankelijk toezicht, en rechtsbescherming, zoals een directe toegang tot een klachtencommissie die zonodig een maatregel kan schorsen. Nadeel van de Wet Bopz is vervolgens dat deze slechts in een beperkt aantal situaties geldt.

Tot slot moet worden opgemerkt dat de Wgbo met betrekking tot toepassingen van vrijheidsbeperkingen bij psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten dezelfde problemen kent als de Wet Bopz. De meeste toepassingen vinden plaats bij overeenkomst, zonder dat de cliënt zelf, vanwege diens onbekwaamheid, daar doorgaans toestemming voor kon geven. De vraag naar wilsbekwaamheid van de cliënt komt pas aan de orde als de cliënt het oneens is met de voorgestelde behandeling. Verzet van de patiënt blijkt in de praktijk moeilijk vast te stellen. Door deze aspecten biedt de figuur van de overeenkomst voor het toepassen van vrijheidsbeperkingen onvoldoende rechtsbescherming, temeer omdat de vertegenwoordiger veelal onvoldoende op de hoogte is van keuzemogelijkheden, en soms eigen belangen en gevoelens mee laat wegen bij de besluitvorming.

#### **Aanbeveling**

21. *Het huidige wettelijke kader dat door de Wgbo wordt geboden biedt te weinig rechtsbescherming aan psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten en zou daarom moeten worden aangepast. De rechtsfiguur van de overeenkomst is onvoldoende geschikt om dergelijke materie in te regelen. Aanbevolen wordt om te kiezen voor een wettelijke regeling die de vrijheidsbeperkende aard van de maatregel als uitgangspunt neemt en een brede gelding heeft.*
22. *in een nieuwe wettelijke regeling zouden de sterke punten van de Wet Bopz, zoals het betrekken van transparantie en externe toetsing dienen te worden betrokken.*

#### **8.3.6.2 Opinie van het veld**

Aan alle respondenten in beide empirische fases is de vraag voorgelegd in hoeverre men het huidige wettelijke kader toereikend vond. In de antwoorden die gegeven werden konden verschillende categorieën worden onderscheiden:

- a) Men wist er niets van af en had er ook geen mening over.
- b) Men wist er niets van af en had behoefte aan meer houvast.
- c) Men wist er enigszins iets vanaf en had het gevoel dat het belangrijk was dat de geest van de wet (Bopz) werd nagestreefd. Een deel van de respondenten had het idee dat dit in voldoende mate gebeurde en dat daarom geen aanvullende wettelijke regeling

nodig was. Een ander deel vond dat een en ander duidelijker in de wet kon worden geregeld ten behoeve van de eigen setting.

- d) Men was redelijk tot goed op de hoogte van de wettelijke regelingen en vond deze ontoereikend.

De mate waarin respondenten van mening zijn dat er veranderingen plaats moeten vinden in de regeling varieert van het ontwikkelen van nieuwe richtlijnen of protocollen door het veld zelf, tot het aanpassen van regelgeving. Van degenen die vinden dat de regelgeving aangepast moet worden is er een groep die het idee heeft dat de Wet Bopz moet worden uitgebreid. Anderen denken dat er ten behoeve van psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten beter een nieuwe wettelijke regeling kan komen. Mensen in het veld zijn beducht op een toename van onnodig geachte administratieve lasten. Desondanks hebben velen het idee dat het registreren van vrijheidsbeperkingen in een centraal registratiesysteem ten behoeve van een kwaliteitssysteem dat erop toeziet dat vrijheidsbeperkingen zoveel mogelijk worden voorkomen een toegevoegde waarde heeft. Degenen die met een dergelijk systeem werken, zijn ook niet van mening dat de administratieve lasten onevenredig zwaar zijn.

#### **Aanbevelingen**

23. *Een nieuwe wettelijke regeling dient de administratieve lasten voor het veld niet onevenredig zwaar te maken. Desalniettemin moeten administratieve lasten die een toegevoegde waarde ook niet uit de weg worden gegaan. Een centraal registratiesysteem heeft die toegevoegde waarde, mits dit door de zorgaanbieder zelf ook benut wordt als onderdeel van een kwaliteitssysteem.*
24. *Vooruitlopend en in aanvulling op nieuwe regelgeving, hoeft het veld geen afwachtende houding aan te nemen, maar kan het een start maken met het ontwikkelen van een kwaliteitssysteem met betrekking tot de toepassing van vrijheidsbeperkingen.*

### **8.4 Uitgangspunten voor een nieuwe wettelijke regeling**

Uit het voorgaande komt naar voren dat de huidige wettelijke regeling onvoldoende duidelijk is en te weinig waarborgen biedt. Met bovengenoemde tekortkomingen wordt aan enkele wezenlijke uitgangspunten voor goede regelgeving niet voldaan. (*Aanwijzingen voor de regelgeving*, 1998)

Tegen deze achtergrond heeft zich een praktijk ontwikkeld waarbij vrijheidsbeperkingen regelmatig worden toegepast op psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten, zonder dat de juridische grenzen duidelijk zijn en zonder dat toepassingen en de besluitvorming transparant is. Dit leidt ertoe dat het veld op uiteenlopende wijzen omgaat met vrijheidsbeperkingen, afhankelijk van de ervaringen die men ermee heeft. Grotere zorgconcerns, met name in de verstandelijk gehandicaptenzorg en in mindere mate ook bij zorgconcerns in de ouderenzorg, waarbinnen men tevens 'zorgproducten' heeft waar de wet Bopz van toepassing is, wordt dikwijls een gemeenschappelijk beleid ontwikkeld dat geënt is op de Wet Bopz. Op deze plaatsen vinden toepassingen van vrijheidsbeperkingen op een meer transparante wijze plaats, analoog aan hetgeen de Wet Bopz beoogt. Daarnaast zijn er - in de ouderenzorg, thuiszorg en in ziekenhuizen meer dan in de verstandelijk gehandicaptenzorg - zorgaanbieders bij wie een minder duidelijk beleid is ontwikkeld en van transparantie nauwelijks sprake is.

Het ontbreken van transparantie leidt er in de eerste plaats toe dat een toepassing in een individueel geval niet achteraf getoetst kan worden. Daarnaast kan door het ontbreken van een centrale registratie ook geen overzicht worden verkregen van het totale aantal toepassingen bij een bepaalde zorgaanbieder/zorgvorm. Door het ontbreken daarvan is het bovendien niet mogelijk om een actief beleid te ontwikkelen om vrijheidsbeperkingen zoveel mogelijk te

beperken.

Dikwijls geldt in de praktijk dat de redenen waarom vrijheidsbeperkingen worden toegepast, hoe noodzakelijk ze ook mogen zijn, lang niet altijd voldoen aan het ernstig nadeelscriterium, dan wel het (ernstig) gevaarscriterium van dwangbehandeling dat door de Wgbo, respectievelijk de Wet Bopz wordt voorgeschreven. Voor psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten komt daarbij dat vaak niet helder is wanneer er sprake is van dwang. Het begrip 'verzet' blijkt geen goed onderscheidend criterium. Enerzijds is dit begrip moeilijk definieerbaar. Anderzijds kunnen gedragingen die wijzen op verzet het gevolg zijn van de aandoening of de beperking. Daarnaast kan de mate van weerstand in de tijd gemakkelijk fluctueren en is deze veelal beïnvloedbaar. Ook is het moeilijk na te gaan dat geen verzet geen dwang is, of zelfs dat instemming betekent dat er geen dwang is. Bij instemming voor behandelingen de toepassingen van vrijheidsbeperkingen gaat de praktijk bovendien in het algemeen niet na of de instemming wel wilsbekwaam is gegeven.

Dit heeft alles heeft tot gevolg dat veel cliënten onder de vlag van een overeenkomst in hun vrijheden worden beperkt zonder dat zij daar zelf wilsbekwaam mee hebben ingestemd. Ook weten vertegenwoordigers lang niet altijd even goed waar toestemming voor wordt gegeven, of zijn zij onvoldoende op de hoogte van mogelijke alternatieven. Daarnaast komt het voor dat hen in het geheel niet om toestemming wordt gevraagd.

Een wettelijke regeling zou juist vanwege het feit dat het bij psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten kwetsbare groepen betreft, aan die kwetsbaarheid extra aandacht moeten schenken. Het huidige kader geeft echter enerzijds, doordat niet helder is wat de reikwijdte van de wettelijke regeling is en doordat geen richtlijnen ontstaan, geen duidelijkheid. Anderzijds schiet de beschermende werking tekort, omdat uit wordt gegaan van juridische concepten van gelijkwaardige partijen en een overeenkomst tussen twee partijen, die bij psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten eerder uitzondering dan regel zijn. Verder wordt er geen transparantie gevraagd bij toepassingen van vrijheidsbeperkingen, is er geen onafhankelijk toezicht en kent de wet geen prikkels voor zorgverleners om vrijheidsbeperkingen zoveel mogelijk te voorkomen en terug te dringen.

Aanbevolen wordt om een nieuwe wettelijke regeling te ontwerpen die recht doet aan de kwetsbaarheid van de cliëntengroepen die het in dit onderzoek betreft, aan hun zorgbehoeften, aan de organisatie van de zorg zoals die thans is vorm gegeven, alsmede aan de ontwikkelingen daarin. Hieronder volgen enkele punten die daarbij minimaal aan de orde zouden kunnen komen.

- 1) Aangegeven dient te worden onder welke voorwaarden vrijheidsbeperkingen zijn toegestaan. Dit vereist een definitie van vrijheidsbeperkingen en criteria op basis waarvan deze geoorloofd zijn. Criteria moeten er daarbij vooral op zijn gericht om grenzen vast te stellen. Een nieuwe wettelijke regeling is gebaat bij flexibiliteit, omdat die recht doet aan de ontwikkelingen in de zorg die ook zijn gericht op flexibilisering en zorg op maat. Juist bij flexibiliteit moeten de grenzen echter duidelijk zijn. Dat kan tevens met zich meebrengen dat bepaalde vrijheidsbeperkingen, zoals de deur op slot, alleen in bepaalde settings kunnen plaatsvinden.
- 2) De juiste condities moeten voor een verantwoorde toepassing gecreëerd worden. Dit vereist:
  - a. Een juiste verantwoordelijkheidstoedeling; de eindverantwoordelijkheid zou dienen te liggen bij een arts en in de verstandelijk gehandicaptenzorg voor niet-medische vrijheidsbeperkingen daarnaast ook bij een gezondheidszorgpsycholoog (orthopedagoog).
  - b. Een waarborg van voldoende deskundigheid van betrokken zorgverleners;

- c. Een inzichtelijke en zorgvuldige procedure.  
Daarbij moet in ieder geval aandacht zijn voor de toestemming van de cliënt. Het is van belang dat de bevinding dat iemand niet in staat is tot het verlenen van toestemming gestoeld is op een deugdelijk onderzoek. Ook dient de procedure te voorzien in een vervangende toestemming van diens vertegenwoordiger in geval van wilsonbekwaamheid. Verder dienen zaken die de kwaliteit van zorg bevorderen, zoals een zorgplan en een multidisciplinair overleg zoveel mogelijk te worden bevorderd;
  - d. Een waarborg van voldoende toezicht.  
Aangezien voldoende toezicht echter per cliënt per maatregel en per situatie kan verschillen, verdient het aanbeveling de regeling zodanig in te richten dat zorgaanbieders zelf moeten aangeven wat binnen hun setting een verantwoorde toepassing is. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren aan de hand van de plicht tot het opstellen van een beleidsplan.
- 3) Een duidelijk criterium dient te worden vastgesteld op basis waarvan vrijheidsbeperkingen toelaatbaar zijn. Voorwaarde is dat de praktijk ermee uit te voeren kan en dat het criterium voldoende bescherming biedt aan psychogeriatrische patiënten en mensen met een verstandelijke handicap.
  - 4) Transparantie en toetsbaarheid van toepassingen.  
De noodzaak van transparantie van toepassingen van vrijheidsbeperkingen is hiervoor al afdoende uiteengezet. Toetsing zou intern moeten plaatsvinden en daarnaast dient ook externe toetsing nagestreefd te worden, bijvoorbeeld aan de hand van opnemings van het totaal aantal toepassingen in een jaar in het kwaliteitsjaarverslag dat verzonden wordt aan de Inspectie. Daarnaast zou de inspectie meer werk moeten maken van het onderhouden van contacten met zorgaanbieders over vrijheidsbeperkingen en het geven van feedback.
  - 5) Het ontwikkelen van een actief beleid om vrijheidsbeperkingen zoveel mogelijk te voorkomen en te beperken.  
Zoals onder 2)d aangegeven, zouden zorgaanbieders vooraf in een beleidsplan moeten aangeven wat binnen hun setting verantwoorde zorg is met betrekking tot vrijheidsbeperkende maatregelen en wat de grenzen van die zorg zijn. Op de uitvoering van dit plan dienen zij getoetst te kunnen worden. Aansluitend op de melding van het totaal aantal toepassingen zou een zorgaanbieder in het kwaliteitsjaarverslag bijvoorbeeld verantwoording kunnen afleggen over het beleid dat hij met betrekking tot dit onderwerp voert. Verschillende zorgaanbieders in met name de verstandelijk gehandicapten hebben reeds goede ervaringen met een dergelijk kwaliteitsbeleid.
  - 6) Een mogelijkheid tot rechtshandhaving indien er rechten geschonden zijn.  
Daarbij dient te worden gestudeerd op een adequaat systeem dat minder afhankelijk is van het initiatief van gedupeerden zelf, aangezien de evaluaties van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector en het klachtrecht van de Wet Bopz, evenals dit onderzoek laten zien dat een dergelijk mechanisme onvoldoende waarborgen biedt. (Friele, et al., 1999; Legemaate, et al., 2002; Teijssen, et al., 1996)

#### **Aanbevelingen tot slot**

25. *Het ontwerpen van nieuwe regelgeving met betrekking tot vrijheidsbeperkende maatregelen bij psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten, met bovenstaande aspecten als aandachtspunten.*
26. *Het verrichten van nader onderzoek naar de veiligheid van vrijheidsbeperkingen in diverse settings, eveneens om vast te kunnen stellen of regulering op dit terrein kan worden overgelaten aan het veld, of dat ook hier verdere regulering noodzakelijk is.*
27. *Het verrichten van nader onderzoek naar het vrijheidsbeperkende karakter van bepaalde vrij-*



*heidsbeperkende maatregelen (bijvoorbeeld medicatie), teneinde te kunnen vaststellen of verdere regulering noodzakelijk is.*

## Bronvermeldingen

1. Hoge Raad, 2 november 2001, BJ 2002, 1, 4, met noot van T.P. Widdershoven
2. Rechtbank 's-Gravenhage, 8 mei 1991, NJ 1993, 251,
3. Hoge Raad, 18 november 1994, NJ 1995, 212, met noot van J. Boer, de
4. Rechtbank Zutphen, 6 oktober 1997, kBJ 1998, 10, 28, met noot van T.P. Widdershoven
5. Rechtbank Amsterdam, 1 oktober 1998, kBJ 1999, 3,
6. Rechtbank Alkmaar, 1 februari 2000, kBJ 2000, 43, 120, met noot van Redactie
7. Rechtbank Amsterdam, 24 augustus 2000, BJ 2001, 6, 29
8. Rechtbank Amsterdam, 19 januari 1996, kBJ 1996, 169,
9. Rechtbank Amsterdam, 12 augustus 2002, BJ 2003, 5,
10. Aanwijzingen voor de regelgeving. Aanwijzingen voor convenanten. Praktijkvoorschriften voor ontwerpers van regelingen en convenanten van de rijksoverheid. Den Haag: Sdu Uitgevers, 1998.
11. Abma, T., en R. Veld, in 't. "Vijf beleidswetenschappelijke perspectieven. (Hoofdstuk 2)." In Handboek beleidswetenschap, R. Veld, in 't (red.). Amsterdam: Boom, 2001.
12. Aedes, en Arcares. Woonzorgcomplexen [Internet]. 2001 [aangehaald 9 maart 2004]. Beschikbaar op [www.kenniscentrumwonzorg.nl](http://www.kenniscentrumwonzorg.nl).
13. American Psychiatric Association. Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV. Vertaald door G.A.S. Koster. 4e druk. Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1998.
14. Arends, L.A.P. "De implementatie van de Wet Bopz in verzorgingshuizen." Utrecht: Arcares, 2001.
15. Arends, L.A.P. "Het klachtrecht van de Wet Bopz in psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg: een verslag van de tweede Bopz-evaluatie." Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 59, no. 4 (2004).
16. Arends, L.A.P., K. Blankman, en B.J.M. Frederiks. Interne rechtspositie in de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptensector. 10 delen. deel 3, Evaluatie Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. Den Haag: ZonMw, 2002.
17. Arends, L.A.P., en T. Stigter. "De implementatie van de Wet Bopz in verzorgingshuizen II: Verantwoorde toepassing vrijheidsbeperkingen door het hele verzorgingshuis?" Utrecht: Arcares, 2003.
18. Ashingdane versus United Kingdom, Europees Hof voor de Rechten van de Mens, 28 mei 1985, NJ 1991, 623, met noot van E.A. Alkema
19. Bakker, R.H., L.J. Tiesinga, en T.W.N. Dassen. "Onderzoeksrapport vrijheidsbeperkende maatregelen." Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, 1997.
20. Bakker, R.H., L.J. Tiesinga, P. Gassman, en T.W.N. Dassen. "Vrijheidsbeperkende maatregelen in niet Bopz aangemerkte instellingen. Gelegaliseerde dwang of gedwongen legalisering?" Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen 80, no. 7 (2002): 455-462.
21. Beekink, E., J. Gierveld, en B. Meyboom-de Jong. "Inleiding." In Inleiding gerontologie en geriatrie, G.J. Ligthart (red.), 1999.
22. Berghmans, R., D. Elfahmi, M. Goldsteen, en G. Widdershoven. "Kwaliteit van dwang en drang in de psychiatrie. Eindrapport." Utrecht: GGZ Nederland, 2001.
23. "Besluit zorgaanspraken AWBZ. Nota van toelichting." Staatsblad, no. 527 (2002).
24. Biesart, M.C.I.H. "De Wet Bopz, enkele kwesties." Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 21, no. 4 (1997): 202-214.
25. Boot, J.M., en M.H.J.M. Knapen. De Nederlandse gezondheidszorg. 7e druk. Utrecht: Het Spectrum, 2001.
26. Bos-van den Berg, E. "Jurisprudentie-overzicht Krankzinnigenwet." Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 18, no. 1 (1994): 42-47.
27. Commissie Evaluatie regelgeving. Conclusies en aanbevelingen van de begeleidingscommissie. onder redactie van ZonMw. 10 delen. deel 10, Evaluatie Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. Den Haag: ZonMw, 2002.
28. Convention for the protection of Human Rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine. (ETS 1 No.64) Tractatenblad. 113 resp. 58.

29. "Convention for the protection of Human Rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine. Explanatory Report." Paper presented at the Council of Europe, 4 oktober 1997 1997.
30. CVZ. "AWBZ functiegerichtte aanspraken in operationele termen. Een eerste handreiking. versie 1.0." 20. Den Haag: College voor zorgverzekeringen, 2003.
31. Dijkers, W.J.A.M. "Art. 2. Aantekeningen." In *Handboek Opneming en Verblijf*, P.J.H. Laurs (red.). Deventer: Gouda Quint, 1997a.
32. Dijkers, W.J.A.M. "Bopz-jurisprudentie 1994 -1996." *Trema* 20, no. 4 (1997b): 153-160.
33. Engel and others versus the Netherlands, Europees Hof voor de Rechten van de Mens, 6 november 1980, NJ 1978, 223,
34. Evaluatiecommissie Wet Bopz. *Wet Bopz evaluatierapport. Tussen invoering en praktijk. 11 delen. deel 2, Evaluatie Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen.* Rijswijk: Ministerie VWS, 1996.
35. Evenhuis, H.M. "Want ik wil nog lang leven: moderne gezondheidszorg voor mensen met verstandelijke beperkingen." *Zoetermeer: RVZ*, 2002.
36. Fabbrocetti, I.N., en R. Huijsman. "Scheiden van wonen en zorg: een zorg meer of minder?" *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 31, no. 6 (2000): 252-257.
37. Fahrenfort, M. "Variatie kenmerkend voor kleinschalig wonen. Roeien met de riemen die je hebt." *Denkbeeld* 15, no. 5 (2003): 12-16.
38. Friele, R.D., C. Ruiters, de, F.C.B. Wijmen, van, en J. Legemaate. "Evaluatie van de wet klachtrecht cliënten zorgsector: samenvatting en conclusies." In *Evaluatie Wet klachtrecht cliënten zorgsector*. Den Haag: ZorgOnderzoek Nederland, 1999.
39. Frijlink, A. "Rechtspositie van verstandelijk gehandicapten in instellingen voor gehandicaptenzorg." *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 20, no. 3 (1996): 122-130.
40. Frijlink, A., en T.A.M. Braake, te. "Opneming in een zwakzinnigen-of verpleeginrichting. Bopz-novelle." *Nederlands Juristenblad* 65, no. 20 (1990): 955-961.
41. Gevers, J.K.M. "Zelfbinding in de psychiatrie: kanttekeningen bij een conceptwetsvoorstel." *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 25, no. 8 (2001): 517-526.
42. Gezondheidsraad. "Dementie." Den Haag: Gezondheidsraad, 2002.
43. Ginneken, P., van. "De nodige bereidheid." Utrecht: Trimbos-instituut, 1999.
44. Golüke-Willemsse, G.A.M., P.J.E. Klijsma, S. Tuinier, en Y.W.M.M. Berg, van den. "De afdeling geriatrie in een psychiatrisch en een algemeen ziekenhuis: een vergelijking van de problematiek van opgenomen patiënten." *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 32, no. 5 (2001): 194-198.
45. Gouwenberg, B.M., C. Jonker, J.H. Smit, en B. Schmand. "Beoordeling van wilsonbekwaamheid bij ouderen met dementie. Ontwikkeling van een methode." Amsterdam: Vakgroep Psychiatrie, Vrije Universiteit, 1997.
46. Handelingen Eerste Kamer. "11 270. nr. 81. Voorlopig verslag van de vaste commissies voor welzijn en volksgezondheid." 30 november 1984 Vergaderjaar 1984-1985.
47. Handelingen Eerste Kamer. "11 270. Vervanging van de Wet van 27 april 1984, Stb. 96, tot regeling van het Staatstoezicht op Krankzinnigen (Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen) en 21 239 Wijziging van de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. nr. 156b/307a. Brief van de voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal." 14 april 1992 Vergaderjaar 1991-1992.
48. Handelingen Eerste Kamer. "21 239. nr. 4a. Wijziging van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz-novelle)." Vergaderjaar 1992-1993.
49. Handelingen Tweede Kamer. "11 270. nr. 2. Ontwerp van Wet Bopz." Vergaderjaar 1970-1971a.
50. Handelingen Tweede Kamer. "11 270. nr. 3. Voorstel Wet Bopz. Memorie van Toelichting." Vergaderjaar 1970-1971b.
51. Handelingen Tweede Kamer. "11 270. nr. 4. Bijlage bij de Memorie van toelichting." Vergaderjaar 1970-1971c.
52. Handelingen Tweede Kamer. "11 270. nr. 12. Nadere memorie van antwoord." 5 februari 1980 Vergaderjaar 1979-1980a.
53. Handelingen Tweede Kamer. "11 270. nr. 13. Tweede nota van wijzigingen." 5 februari 1980 Vergaderjaar 1979-1980b.
54. Handelingen Tweede Kamer. "11 270. Nr. 17. Vervanging van 27 april 1884, Stb. 96, tot regeling van het Staatstoezicht op Krankzinnigen (Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen). Nota naar aanleiding van het eindverslag." Vergaderjaar 1983-1984a.
55. Handelingen Tweede Kamer. "11 270. Vervanging van 27 april 1884, Stb. 96, tot regeling van het Staatstoezicht op Krankzinnigen (Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen). nrs. 14-167." Vergaderjaar 1983-1984b.

56. Handelingen Tweede Kamer. "11 270. Voorstel Wet Bopz. Eindverslag." 6 september 1983 Vergaderjaar 1982-1983.
57. Handelingen Tweede Kamer. "21 239. nr. 5. Wijziging van de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz-novelle). Voorlopig verslag." 11 januari 1971 Vergaderjaar 1989-1990a.
58. Handelingen Tweede Kamer. "21 239. nr. 7. Wijziging van de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz-novelle). Nota van wijziging." 12 maart 1991 Vergaderjaar 1990-1991a.
59. Handelingen Tweede Kamer. "21 239. nr. 3. Wijziging van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Bopz-novelle). Memorie van toelichting." 20 juli 1989 Vergaderjaar 1988-1989a.
60. Handelingen Tweede Kamer. "21 239. nr. 4. Wijziging van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Bopz-novelle). Bijlagen bij de memorie van toelichting." 20 juli 1989 Vergaderjaar 1988-1989b.
61. Handelingen Tweede Kamer. "21 239. nr. 6. Wijziging van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz-novelle). Memorie van antwoord." 12 maart 1991 Vergaderjaar 1990-1991b.
62. Handelingen Tweede Kamer. "21 239. nr. 6. Wijziging van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz-novelle). Memorie van antwoord." 20 juli 1989 Vergaderjaar 1988-1989c.
63. Handelingen Tweede Kamer. "21 239. nr. 8. Wijziging van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz-novelle). Eindverslag." 19 april 1991 Vergaderjaar 1990-1991c.
64. Handelingen Tweede Kamer. "21 239. nr. 9. Wijziging van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz-novelle). Nota naar aanleiding van het eindverslag." 28 mei 1991 Vergaderjaar 1990-1991d.
65. Handelingen Tweede Kamer. "21 239. nr. 20. Wijziging van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz-novelle). Brief van de staatssecretaris van welzijn, volksgezondheid en cultuur." 16 oktober 1991 Vergaderjaar 1991-1992a.
66. Handelingen Tweede Kamer. "21 239. nr. 22. Wijziging van de wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz-novelle). Amendement van de leden Kohnstamm en van Middelkoop." 23 oktober 1991 Vergaderjaar 1991-1992b.
67. Handelingen Tweede Kamer. "21 239. nr. 23. Wijziging van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz-novelle). Amendement van de leden E.G. Terpstra en van der Heijden." 23 oktober 1991 Vergaderjaar 1991-1992c.
68. Handelingen Tweede Kamer. "21 239. nr. 24. Wijziging van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz-novelle). Brief van de staatssecretaris van welzijn, volksgezondheid en cultuur en van de minister van justitie." 28 november 1991 Vergaderjaar 1991-1992d.
69. Handelingen Tweede Kamer. "21 239. nrs. 1-2. De wijziging van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Bopz-novelle)." 20 juli 1989 Vergaderjaar 1988-1989d.
70. Handelingen Tweede Kamer. "21 561. nr 3. Wijziging van het Burgerlijk Wetboek en enige andere wetten in verband met de opnemings van bepalingen omtrent de overeenkomst topt het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst (Wgbo). Memorie van toelichting." 29 mei 1990 Vergaderjaar 1989-1990b.
71. Handelingen Tweede Kamer. "21 561. nr.10. Wijziging van het Burgerlijk Wetboek en enige andere wetten in verband met de opnemings van bepalingen omtrent de overeenkomst tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst (Wgbo). Nader voorlopig verslag." 26 november 1991 Vergaderjaar 1991-1992e.
72. Handelingen Tweede Kamer. "21 561. nr.11. Wijziging van het Burgerlijk Wetboek en enige andere wetten in verband met de opnemings van bepalingen omtrent de overeenkomst tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst (Wgbo). Nader voorlopig verslag." 14 juli 1992 Vergaderjaar 1991-1992f.
73. Handelingen Tweede Kamer. "21 561. nr.11. Wijziging van het Burgerlijk Wetboek en enige andere wetten in verband met de opnemings van bepalingen omtrent de overeenkomst tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst (Wgbo). Nader memorie van antwoord." 14 juli 1992 Vergaderjaar 1991-1992g.
74. Handelingen Tweede Kamer. "21 561. nr. 3. Wijziging van het Burgerlijk Wetboek en enige andere wetten in verband met de opnemings van bepalingen omtrent de overeenkomst tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst (Wgbo). Memorie van toelichting." 29 mei 1990 Vergaderjaar 1989-1990c.

75. Handelingen Tweede Kamer. "21 561. nr. 5. Wijziging van het Burgerlijk Wetboek en enige andere wetten in verband met de opnemng van bepalingen omtrent de overeenkomst tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst (Wgbo). Voorlopig verslag." 14 november 1990 Vergaderjaar 1990-1991e.
76. Handelingen Tweede Kamer. "21 561. nr. 6. Wijziging van het Burgerlijk Wetboek en enige andere wetten in verband met de opnemng van bepalingen omtrent de overeenkomst tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst (Wgbo). Memorie van antwoord." 22 juni 1991 Vergaderjaar 1990-1991f.
77. Handelingen Tweede Kamer. "21 561. nr.28. Wijziging van het Burgerlijk Wetboek en enige andere wetten in verband met de opnemng van bepalingen omtrent de overeenkomst tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst (Wgbo). Amendement van het lid Kohnstamm." 16 februari 1994 Vergaderjaar 1993-1994.
78. Handelingen Tweede Kamer. 25 763. Brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport inzake het Kabinetsstandpunt evaluatie Wet Bopz, Vergaderjaar 1997-1998.
79. He.M. versus Switzerland, Europees Hof voor de Rechten van de Mens, 26 februari 2002, BJ 2002, 2, 55, met noot van W.J.A.M. Dijkers
80. Huijvenaar, M.L.I., C.G. Borghouts, A. Lakerveld, J.J. Hogeling, en G.H.M.M. Horn, ten. "Dagverzorging en dagbehandeling in de psychogeriatric. Veranderingen in de kenmerken van gebruikers in de loop van een jaar." Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatric 32, no. 6 (2001): 265-270.
81. Huybrechts, C.C.M. "De behoefte aan hulp in gezinnen met een geestelijk gehandicapt kind thuis." Hengelo: Stichting SPD Twente, 1987.
82. Inspectie voor de Gezondheidszorg. "De Wet Bopz in de verpleeghuyszorg." Rijswijk: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 1996a.
83. Inspectie voor de Gezondheidszorg. "Melden in het kader van de Wet Bopz aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Bulletin." Den Haag: IGZ, 2002.
84. Inspectie voor de Gezondheidszorg. "Zorg onder beperking." Rijswijk: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 1996b.
85. Keurentjes, R.B.M. De Wet Bopz. De betekenis van de wet voor de beroepsbeoefenaren in de geestelijke gezondheidszorg. 5e druk, Dossiers gezondheidsrecht. Lelystad: Koninklijke Vermande BV, 2003.
86. Klerk, M.M.Y., de. "Rapportage gehandicapten 2002. Maatschappelijke positie van mensen met lichamelijke beperkingen of verstandelijke handicaps." 292. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2002.
87. Klerk, M.M.Y., de. "Rapportage Ouderen 2001: veranderingen in de leefsituatie." Den Haag: SCP, 2001.
88. Klippe, C.J., van de. Dwangtoepassing na onvrijwillige psychiatrische opname. Een juridische beschouwing. Nijmegen: Ars Aequi Libri, 1997.
89. Klippe, C.J., van de. "Wilsonbekwaamheid in de psychiatrie: zes benaderingen." Maandblad Geestelijke volksgezondheid 45, no. 2 (1990): 123-138.
90. Krijger, E. "Kleinschalig wonen in andere sectoren. Leren van elkaar?" Denkbeeld 15, no. 5 (2003): 8-11.
91. Krul-Steketee, J. "De Bopz-novelle, mede bezien vanuit het EVRM." Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 16, no. 5 (1992): 268-277.
92. Krul-Steketee, J. "Het wetsontwerp Bopz: een te ruime jas." Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 8, no. 2 (1984): 67-79.
93. Kwartel, A.J.J.v.d., e.a. "Brancherapport gehandicaptenzorg." Utrecht: Prismant, 2000.
94. Leenen, H.J.J. Handboek gezondheidsrecht. Deel 1. Rechten van mensen in de gezondheidszorg. 4e druk. Alphen aan den Rijn: Bohn Stafleu Van Loghum, 2000.
95. Legemaate, J. "Artikel 5." In Het EVRM en de gezondheidszorg, J.K.M. Gevers (red.), 57-74. Nijmegen: Ars Aequi Libri, 1994.
96. Legemaate, J. "Criteria voor wilsonbekwame patiënten." NJB 67, no. 6 (1992): 190-193.
97. Legemaate, J. De rechtspositie van vrijwillig opgenomen patiënten. Arnhem: Gouda Quint, 1993a.
98. Legemaate, J. "De relatie tussen de Wgbo en aanverwante wetgeving." Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 20, no. 1 (1996): 16-26.
99. Legemaate, J. "Nieuwe beroepenwetgeving: de wet BIG van start." Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 22, no. 7 (1998): 407-418.
100. Legemaate, J. "Patiëntenrechten in bijzondere situaties. Over rechtsbescherming en wetgevingsbeleid." Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 17, no. Oktober (1993b): 392-406.
101. Legemaate, J., L.A.P. Arends, en A. Riet, van 't. Het klachtrecht en het toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg. onder redactie van ZonMw. 10 delen. deel 5, Evalu-

- atie Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. Den Haag: ZonMw, 2002.
102. Lomwel, A.B., en E.B. Veen, van. De Wgbo, de betekenis voor de hulpverleners in de gezondheidszorg. Lelystad: Koninklijke Vermande B.V., 1996.
  103. Maassen, P.A.M., en F.A. Vught, van. "De Delphi-methode: voorspeltechniek en beleidsontwikkelingsinstrument." Beleisanalyse, no. 3 (1984).
  104. Ministerie Volksgezondheid Welzijn en Sport. "Modernisering AWBZ. Klanten kiezen." Den Haag, 2003.
  105. Nielsen versus Denmark, Europees Hof voor de Rechten van de Mens, 28 november 1988, NJ 1991, 541, met noot van E.A. Alkema
  106. Nouws, H. "Wat is kleinschalig wonen voor dementerenden? Op zoek naar een definitie." Denkbeeld 15, no. 5 (2003): 4-7.
  107. Ontuchtpleger uit Ochten, Rechtbank Zutphen, 10 februari 1998, kBJ 1998, 39, 102
  108. "Praktijkuitgave Compendium AWBZ, verstrekkingen/dagbehandeling verpleeginr. II B.1-7."
  109. Prismant. "Brancherapport Care 1998-2001. Gehandicaptenzorg." Den Haag: VWS, 2002a.
  110. Prismant. "Brancherapport Care 1998-2001. Verpleging, verzorging en ouderen." Den Haag: VWS, 2002b.
  111. Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. "Verstandelijk gehandicaptenzorg als onderdeel van gezondheidszorg." Zoetermeer: RVZ, 2002.
  112. R Emmelink, J. "Aantekening 1a ij art. 282 Sr." In Het wetboek van Strafrecht (losbladig, J. R Emmelink (red.). Arnhem.
  113. "Richtlijnontwikkeling binnen het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO." Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2000.
  114. Roode, R.P., de. De interne rechtspositie in de psychiatrie. onder redactie van R.H. Zuiderhoudt. deel 2, Praktijkreeks Bopz. Den Haag: Koninklijke Vermande, 2003.
  115. Roode, R.P., de. "Jurisprudentieoverzicht BOPZ." Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 20, no. 2 (1996): 92-97.
  116. Roode, R.P., de. "Jurisprudentieoverzicht BOPZ." Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 21, no. 6 (1997): 359-366.
  117. Roode, R.P., de. "Jurisprudentieoverzicht BOPZ." Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 24, no. 5 (2000): 299-304.
  118. Sanders, L.H.J.M.M. "Scheikden doet lijden? De toekomst van verzorgingshuizen." VDB Magazine 2, no. 11-13 (1998).
  119. Schols, J.M.G.A. "Gezond thuis: medische zorg aan verstandelijk gehandicapten." Medisch Contact 57, no. 35 (2002): 1238-1239.
  120. Schram, D., I.A.M. Maas, M.J.J.C. Poos, en J. Jansen. "De bijdrage van leefstijlfactoren aan de sterfte in Nederland." Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen 79, no. 4 (2001): 211-216.
  121. Singelenberg, J.P.J. "Eindrapport nationale survey woonzorgcomplexen." Rotterdam: SEV, 1999.
  122. Singelenberg, J.P.J. "Woonzorgcomplexen. Beschut zelfstandig wonen met zorg op maat." 27. Utrecht: Kenniscentrum wonen-zorg (Aedes en Arcares), 2003.
  123. Son, L., van, W. Mulder, G. Beusmans, en F. J. "Nieuwe zorgstructuren in de geriatrie: een rol voor de verpleegkundig specialist geriatrie in de thuisconsultatie." Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 33, no. 1 (2002): 5-8.
  124. Stikker, T.S. De samenhang tussen de Wgbo en de Wet Bopz. onder redactie van R.H. Zuiderhoudt. deel 6, Praktijkreeks Bopz. Den Haag: Koninklijke Vermande, 2003.
  125. Stoelinga, B., en M. Talma. "Wat betekent kleinschalige zorg voor de medewerkers? Van zuster naar begeleider." Denkbeeld 15, no. 5 (2003): 18-22.
  126. Teijssen, H.A.R.M.T., P.M. Klaver, de, , L.A.P. Arends, en J. Legemaate. Wet Bopz Klachtregeling. De implementatie en de effecten van het klachtrecht uit de wet BOPZ. 11 delen. deel 9, Evaluatie Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. Rijswijk: Ministerie VWS, 1996.
  127. Trimbos-instituut. Externe rechtspositie in de psychogeriatrie en verstandelijk gehandicaptensector. 10 delen. deel 2, Evaluatie Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. Den Haag: ZonMw, 2002a.
  128. Trimbos-instituut. "Nationale monitor geestelijke gezondheid - jaarbericht 2002. Hoofdstuk 3. Dementie." 59-82. Utrecht: Trimbos-instituut, 2002b.
  129. Verheugt, J.W.P. Inleiding in het Nederlandse recht. 12e druk, Boom juridische studieboeken. Den Haag: Boom Juridische Uitgevers, 2003.

130. Wesseling, M.F. Interne rechtspositie verstandelijk gehandicapten. onder redactie van Evaluatiecommissie Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. 11 delen. deel 7, Evaluatie Wet BOPZ. Rijswijk: Ministerie VWS, 1996.
131. Wester, F. Strategieën voor kwalitatief onderzoek. Bussum: Coutinho, 1995.
132. Wettum, G.C., van. Interne rechtspositie psychogeriatric. onder redactie van E.W.B.o.i.p. ziekenhuizen. 11 delen. deel 8, Evaluatie Wet BOPZ. Rijswijk: Ministerie VWS, 1996.
133. Winterwerp versus the Netherlands, Europese Hof voor de Rechten van de Mens, 10 februari 1998, NJ 1980, 114, met noot van E.A. Alkema
134. ZonMw Commissie Evaluatie Regelgeving. Conclusies en aanbevelingen van de begeleidingscommissie. 10 delen. deel 10, Evaluatie Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. Den Haag: ZonMw, 2002.

# Bijlage 1 Vragenlijst

## Uitleg bij het invullen

- Kiest u steeds het antwoord dat het beste bij uw situatie past.
- Gaat u bij het beantwoorden van de vragen altijd uit van de situatie per 1 januari 2003, tenzij anders wordt aangegeven.
- Als uw instelling/locatie onder een stichting valt, vragen wij u om de vragenlijst alleen voor uw locatie in te vullen. Indien uw stichting meerdere vragenlijsten heeft ontvangen, vragen wij u om de vragenlijsten ook per locatie in te vullen.
- Deze vragenlijst gaat over psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten. Indien u één van beide cliëntengroepen niet heeft, vult u dit dan in bij vraag 1 tot en met 4. U hoeft vervolgens de vragen, waarbij naar de betreffende cliëntengroep gevraagd wordt, voor die groep dan niet te beantwoorden.
- Bij enkele vragen zal u om aantallen cliënten e.d. gevraagd worden. Indien u de exacte cijfers niet weet, verzoeken wij u om een schatting te geven met  $\pm$  (plusminus) voor het cijfer, als het gevraagde niet voorkomt vult u dan een 0 in en als het gevraagde niet van toepassing is vult u dan “n.v.t.” in.
- Bij deze vragenlijst is een definitielijst gevoegd. Deze kunnen u helpen bij de beantwoording van de vragen gebruiken, indien begrippen niet duidelijk zijn.
- Soms zijn op een vraag meerdere antwoorden mogelijk. Als dit het geval is, wordt dit bij de vraag vermeld.
- Mocht u voor het schrijven van een toelichting meer ruimte nodig hebben dan ervoor is gegeven, gebruikt u dan de achterkant van de vragenformulieren. Geeft u dan echter wel duidelijk aan bij welke vraag uw toelichting hoort.
- U kunt ervan op aan dat wij de door u ingevulde gegevens vertrouwelijk en geanonimiseerd zullen behandelen.

Wij danken u hartelijk voor uw medewerking



## Algemeen

1. Wat is uw functie?.....

2. Verleent u in uw werk zelf direct zorg aan:

- ☐ Psychogeriatrische patiënten
- ☐ Verstandelijk gehandicapten
- ☐ Zowel psychogeriatrische patiënten als verstandelijk gehandicapten
- ☐ Geen van beide cliëntengroepen

3. Wilt u over uw instelling de volgende gegevens invullen?

- Heeft uw instelling een Bopz-aanmerking? ☐ Ja ☐ Nee
- Wat is het totaal aantal locaties of instellingen van de stichting? .....
- Welke zorgproducten worden door uw instelling aan psychogeriatrische patiënten aangeboden? .....
- Welke zorgproducten worden door uw instelling aan verstandelijk gehandicapten aangeboden? .....

4. Wilt u over uw cliënten de volgende gegevens invullen?

- Totaal aantal cliënten in uw instelling .....
- Aantal psychogeriatrische cliënten .....
- Aantal verstandelijk gehandicapte cliënten .....

	Pg-clënten	Vg-clënten
▪ Aantal cliënten met een Bopz-indicatie	.....	.....
▪ Aantal cliënten met een Rechterlijke Machtiging (RM)	.....	.....
▪ Aantal cliënten met een Inbewaringstelling (IBS)	.....	.....
▪ Aantal cliënten anders, nl:.....	.....	.....

5. Wilt u hieronder het aantal cliënten weergeven dat ondergenoemde vormen van toezicht nodig heeft?

(Meerdere antwoorden mogelijk)

	Pg-clënten	Vg-clënten
24-uurs toezicht	.....	.....
Alleen overdag toezicht	.....	.....
Alleen 's nachts toezicht	.....	.....
Regelmatig extra toezicht	.....	.....
Af en toe toezicht	.....	.....
Geen toezicht	.....	.....
Anders, nl:.....	.....	.....

6. Wat is de reden dat u de zorg heeft over cliënten met een Bopz-status?  
(Meerdere antwoorden mogelijk)
- ☐ We hebben geen cliënten met Bopz-status
  - ☐ Deze cliënten waren reeds bij ons voordat ze een Bopz-status hadden. Daarom blijven ze voorlopig nog bij ons.
  - ☐ Deze cliënten staan op de wachtlijst voor een Bopz-instelling
  - ☐ Ze kunnen nergens anders terecht
  - ☐ Anders, nl:.....
7. Gaat u anders om met uw cliënten met een Bopz-status, dan met andere cliënten?
- ☐ We hebben geen cliënten met Bopz-status
  - ☐ Ja
  - ☐ Soms
  - ☐ Nee,
  - ☐ Toelichting.....

### Vertegenwoordiging, Wils(on)bekwaamheid en Zorgplan

8. Is het uw beleid dat iedere cliënt een vertegenwoordiger heeft?
- ☐ Ja
  - ☐ Nee, er is hiervoor geen speciaal beleid
  - ☐ Anders, nl. ....
9. Stelt u voor uw cliënten een zorgplan op?
- | Ja, altijd               | Ja, regelmatig           | Ja, af en toe            | Nee, bijna nooit         | Nee, nooit               |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
10. Welke items worden in het zorgplan of zorgdossier van een cliënt in ieder geval opgenomen?  
(Meerdere antwoorden mogelijk)
- ☐ Of de cliënt wils(on)bekwaam is bevonden
  - ☐ Vrijheidsbeperkende maatregelen
  - ☐ Behandeling
  - ☐ Medicatie
  - ☐ Dwangbehandeling
  - ☐ Noodsituaties
  - ☐ Geen van de genoemde categorieën
  - ☐ Anders, nl:.....
  - ☐ We hebben geen zorgplan en zorgdossier
11. Wanneer wordt nagegaan of een cliënt wilsonbekwaam is?
- ☐ Dit wordt altijd nagegaan
  - ☐ Alleen bij ingrijpende (be)handelingen
  - ☐ Alleen bij toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen
  - ☐ Anders, nl:.....
  - ☐ Nooit

12. Wie stelt de wilsonbekwaamheid van de cliënt vast?  
(Meerdere antwoorden mogelijk)
- ☐ De behandelend arts
  - ☐ De betrokken verplegende en/of verzorgende hulpverleners
  - ☐ De betrokken verplegende en/of verzorgende(n) in overleg met arts
  - ☐ De betrokken hulpverleners (arts, verplegend/verzorgend personeel e.d.) in overleg met familie/vertegenwoordiger
  - ☐ Het bepalen van de wils(on)bekwaamheid is bij onze cliënten nooit nodig
  - ☐ Anders, nl. ....

### **Vrijheidsbeperkende maatregelen**

13. Welke van de onderstaande maatregelen zou u als vrijheidsbeperkend omschrijven?  
(Meerdere antwoorden mogelijk)
- ☐ Het afzonderen van de cliënt
  - ☐ Het plaatsen van bedhekken
  - ☐ Het fixeren van de cliënt met Zweedse banden of andere hulpmiddelen
  - ☐ Het plaatsen van de cliënt in een diepe stoel, het gebruik van een tafelsteun of de stoel tegen een tafel plaatsen
  - ☐ Het toedienen van sederende medicatie en/of psychofarmaca
  - ☐ Het gecamoufleerd toedienen van medicatie (bijvoorbeeld vernalen door het voedsel)
  - ☐ Het tegen de wil toedienen van voedsel en/of vocht
  - ☐ Deur op slot doen
  - ☐ Het gebruik van een belmat, deurmelder e.d.
  - ☐ Het controleren van poststukken
  - ☐ Het beperken van telefoonverkeer
  - ☐ Het beperken van het ontvangen van bezoek
  - ☐ Anders, nl. ....
14. Bij welke cliënten worden vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast?  
(Meerdere antwoorden mogelijk)
- ☐ Bij alle cliënten, indien nodig
  - ☐ Bij cliënten, die zelf instemmen met de maatregel
  - ☐ Bij cliënten, waarvan de vertegenwoordiger instemt met de maatregel
  - ☐ Bij cliënten met een Bopz-status: art. 60 indicatie, RM of IBS.
  - ☐ Er worden nooit vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast (ga verder met vraag 28)
  - ☐ Anders, nl. ....

15. Wat zijn de belangrijkste redenen om vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen?

*(Meerdere antwoorden mogelijk)*

- ☐ Noodzakelijk, volgens de hulpverlener(s)
- ☐ Vrijheidsbeperkende toepassingen zijn historisch gegroeid en zijn gebruikelijk binnen de instelling/organisatie
- ☐ Vrijheidsbeperkende toepassingen komen voor als een 'aanvulling' op te kort schietende noodzakelijke zorg/begeleiding
- ☐ Zonder deze maatregelen zijn de betrokkenen niet te handhaven
- ☐ Het werd gevraagd door de cliënt zelf
- ☐ Het werd gevraagd door de vertegenwoordiger van de cliënt
- ☐ Ter bescherming van de cliënten
- ☐ Ter voorkoming van gevaar voor de cliënt zelf
- ☐ Ter voorkoming van gevaar voor anderen dan de cliënt
- ☐ Er is onvoldoende toezicht, daarom zijn vrijheidsbeperkende toepassingen nodig om de veiligheid te waarborgen.
- ☐ Anders, nl.....

16. Bij dwangbehandeling gaat het om vrijheidsbeperkende toepassingen, waarbij de patiënt zich verzet. Welke van de onderstaande zou u als verzet omschrijven?

*(Meerdere antwoorden mogelijk)*

- ☐ Iedere uiting van de cliënt, verbaal of non-verbaal, waaruit blijkt dat hij het niet eens is met de uitvoering/behandeling
- ☐ Alleen verbale uitingen
- ☐ Alle uitingen van wilsbekwame cliënten
- ☐ Anders, nl.....

17. Ook ter overbrugging van een noodsituatie kunnen vrijheidsbeperkingen nodig zijn. Welke van de onderstaande situaties zou u als een noodsituatie omschrijven?

Iedere onvoorziene situatie waarbij

*(Meerdere antwoorden mogelijk)*

- ☐ gevaar ontstaat voor de cliënt
- ☐ gevaar ontstaat voor anderen dan de cliënt
- ☐ onvoldoende toezicht is op de cliënt
- ☐ geen tijd is om toestemming te vragen aan de vertegenwoordiger
- ☐ Anders, nl.....

*Vrijheidsbeperkingen kunnen worden toegepast in drie situaties:*

1. *als dit afgesproken is met de cliënt of diens vertegenwoordiger (hierna wordt van overeengekomen vrijheidsbeperkingen gesproken).*
2. *in het geval van dwangbehandeling*
3. *in een noodsituatie*

*Vraag 18 tot en met 27 hebben betrekking op deze drie situaties*

18. Wilt u aangeven bij hoeveel patiënten onderstaande vrijheidsbeperkingen in 2002 werden toegepast in de drie hierboven beschreven situaties?  
(Meerdere antwoorden mogelijk)

	Overeengekomen vrijheidsbeperkingen		Vrijheidsbeperkingen bij dwangbehandeling		Vrijheidsbeperkingen in noodsituaties	
	Pg-clënten	Vg-clënten	Pg-clënten	Vg-clënten	Pg-clënten	Vg-clënten
<input type="checkbox"/> Het afzonderen van de cliënt	.....	.....	.....	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> Het plaatsen van bedhekken	.....	.....	.....	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> Het fixeren van de cliënt met Zweedse banden of andere hulpmiddelen	.....	.....	.....	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> Het plaatsen van de cliënt in een diepe stoel, het gebruik van een tafelsteun of de stoel tegen een tafel plaatsen	.....	.....	.....	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> Het toedienen van sederende medicatie en/of psychofarmaca	.....	.....	.....	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> Het gecamoufleerd toedienen van medicatie	.....	.....	.....	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> Het tegen de wil toedienen van voedsel en/of vocht	.....	.....	.....	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> Deur op slot doen	.....	.....	.....	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> Het gebruik van een belmat, deurmelder e.d.	.....	.....	.....	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> Het controleren van poststukken	.....	.....	.....	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> Het beperken van telefoonver- keer	.....	.....	.....	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> Het beperken van het ontvangen van bezoek	.....	.....	.....	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> Anders, nl.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

19. Wilt u hieronder aangeven wie het besluit tot het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen neemt in de drie hierboven beschreven situaties?

(Meerdere antwoorden mogelijk)

	Overeengekomen vrijheidsbeperkingen	Bij dwangbehandeling	In noodsituaties
De behandelende arts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De betrokken verplegende en/of verzorgende hulpverlener(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betrokken verplegende/verzorgende hulpverleners in overleg met de arts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betrokken hulpverleners in overleg met vertegenwoordiger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De vertegenwoordiger of mantelzorger(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders, nl.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Aan wie wordt in deze drie situaties toestemming voor het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen gevraagd?

(Meerdere antwoorden mogelijk)

	Overeengekomen vrijheidsbeperkingen	Bij dwangbehandeling	In noodsituaties
Aan de cliënt zelf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aan de vertegenwoordiger van de cliënt, indien van toepassing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zowel aan de cliënt als diens vertegenwoordiger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders, nl.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er wordt geen toestemming gevraagd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Wie is in deze drie situaties verantwoordelijk voor het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen?

(Meerdere antwoorden mogelijk)

	Overeengekomen vrijheidsbeperkingen	Bij dwangbehandeling	In noodsituaties
De behandelende arts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De betrokken verplegende en/of verzorgende hulpverlener(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er is sprake van een gedeelde verantwoordelijkheid bij betrokken hulpverleners	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De instelling is verantwoordelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De mantelzorger(s) is/zijn verantwoordelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders, nl.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Wie houdt in deze drie situaties toezicht bij de uitvoering vrijheidsbeperking?  
(Meerdere antwoorden mogelijk)

	Overeengekomen vrijheidsbeperkingen	Bij dwangbehandeling	In noodsituaties
De behandelende arts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De teamleider, afdelingshoofd e.d.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Degene die de maatregel toepast is ook voor het toezicht verantwoordelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mantelzorgers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders, nl.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er is geen specifieke aandacht voor toezicht bij de uitvoering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Welke vorm van toezicht vindt in deze drie situaties plaats?  
(Meerdere antwoorden mogelijk)

	Overeengekomen vrijheidsbeperkingen	Bij dwangbehandeling	In noodsituaties
Er is geen toezicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 uren (continue) toezicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alleen overdag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alleen 's nachts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders, nl.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Zijn voor deze drie situaties protocollen ontwikkeld?  
(Meerdere antwoorden mogelijk)

	Overeengekomen vrijheidsbeperkingen	Bij dwangbehandeling	In noodsituaties
Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders, nl.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Worden vrijheidsbeperkende maatregelen in een van de drie situaties op enigerlei wijze geregistreerd?  
(Meerdere antwoorden mogelijk)

	Overeengekomen vrijheidsbeperkingen	Bij dwangbehandeling	In noodsituaties
Altijd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meestal wel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meestal niet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders, nl.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nee, niet geregistreerd (ga verder met vraag 28)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Op welke plaats worden de vrijheidsbeperkingen in de drie situaties geregistreerd?  
(Meerdere antwoorden mogelijk)

	Overeengekomen vrijheids- beperkingen	Bij dwangbehandeling	In noodsituaties
In het zorgplan van de cliënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In het zorgdossier van de cliënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In een centrale registratie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In een speciaal register, nl:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elders, nl:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Indien bij uw cliënten vrijheidsbeperkingen worden toegepast worden deze dan bij de Inspectie of een andere instantie gemeld? Geef dat voor de onderstaande drie situaties aan.

(Meerdere antwoorden mogelijk)

	Overeengekomen vrijheidsbeperkingen		Bij dwangbehandeling		In noodsituaties	
	Inspectie	Andere instantie*	Inspectie	Andere instantie*	Inspectie	Andere instantie*
Ja altijd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Af en toe gemeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders, nl:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nee, dit wordt nooit gemeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Indien u een andere instantie heeft aangekruist, wilt u dan hier aangeven welke instantie dit betreft?:.....

### Scholing van hulpverleners, informatieverstrekking en klachtenregeling

28. Krijgen de betrokken hulpverleners enige vorm van (bij)scholing of begeleiding over toepassing van vrijheidsbeperkingen?

- ☐ Ja, nl:.....  
☐ Nee  
☐ Anders, nl:.....

29. Worden uw cliënten en/of hun vertegenwoordigers over mogelijke toepassing van) vrijheidsbeperkingen geïnformeerd?

- ☐ Ja, altijd  
☐ Ja, meestal  
☐ Ja, af en toe  
☐ Nee, nooit  
☐ Bij ons komen geen vrijheidsbeperkingen voor  
☐ Anders, nl:.....

30. Is er een klachtenregeling waar cliënten en/of hun vertegenwoordiger met klachten over vrijheidsbeperkende toepassingen terecht kunnen?

- ☐ Ja, namelijk, de algemene klachtenprocedure van onze instelling  
☐ Ja, een speciale klachtenregeling voor vrijheidsbeperkende toepassingen  
☐ Nee (Ga verder met vraag 32)  
☐ Anders, nl:.....



31. Als u een klachtenregeling hebt, wordt er dan wel eens door de cliënten en/of hun vertegenwoordigers geklaagd over toepassing van vrijheidsbeperkingen?
- ☐ Ja, regelmatig, nl:.....
  - ☐ Ja, zelden, nl:.....
  - ☐ Nee, waarom niet:.....
  - ☐ Anders, nl:.....
  - ☐ N.v.t.

### Overige vragen

32. Wilt u uw meest belangrijke/opmerkelijke ervaring rond toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen kort aangeven?

.....

.....

.....

.....

33. Vindt u dat er behoefte is aan nieuwe/extra rechtsbescherming voor psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten?

- ☐ Ja
- ☐ Nee (*u hoeft vraag 34 niet te beantwoorden*)
- ☐ Nee, de huidige wet- en regelgeving biedt voldoende bescherming
- ☐ Weet niet/geen mening

Toelichting:.....

.....

.....

34. Indien u extra rechtsbescherming voor deze psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten nodig vindt, hoe zou dat dan het beste geregeld kunnen worden?

*(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ☐ De Wet Bopz moet ook voor deze cliënten gelden
- ☐ Er moet een nieuwe wet komen om de rechtspositie van deze cliënten te versterken
- ☐ Door brancheorganisaties opgestelde protocollen, standaarden, richtlijnen e.d. moeten bescherming bieden
- ☐ Op instellingsniveau zouden meer maatregelen genomen moeten worden
- ☐ Hun rechtspositie moet versterkt worden maar ik weet niet hoe
- ☐ Anders, nl:.....

## Bijlage 2 Extra vragen huisartsen

*Deze vragen vormen onderdeel van een aangepaste vragenlijst voor huisartsen*

### 1. Wilt u over uw patiënten de volgende gegevens invullen?

▪ Totaal aantal patiënten in uw praktijk	.....		
▪ Aantal psychogeriatrische patiënten	.....		
▪ Aantal verstandelijk gehandicapte patiënten	.....		
		Pg-patiënten	Vg-patiënten
▪ Aantal patiënten met een Bopz-indicatie	.....	.....	.....
▪ Aantal patiënten met een Rechterlijke Machtiging (RM)	.....	.....	.....
▪ Aantal patiënten met een Inbewaringstelling (IBS)	.....	.....	.....
▪ Aantal patiënten anders, nl:.....	.....	.....	.....

### 2. Hoeveel van uw psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten verblijven:

	Pg-patiënten	Vg-patiënten
▪ Thuis	.....	.....
▪ In een zorginstelling	.....	.....
▪ Anders, nl....	.....	.....

### 3. Welke personen of instellingen zijn bij de uitvoering van een vrijheidsbeperking bij patiënten die thuis verblijven, betrokken:

	altijd	meestal	af en toe	zelden	nooit	weet niet
Ik zelf als huisarts in samenwerking met andere professionele zorgverleners	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik zelf als huisarts, zonder andere professionele zorgverleners	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uitsluitend de thuiszorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uitsluitend andere professionele zorgverleners, namelijk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De vrijheidsbeperking is op initiatief van de mantelzorger toegepast, zonder eerst te overleggen met een zorgverlener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 4. In hoeveel gevallen werden in 2002 vrijheidsbeperkingen vrijheidsbeperking bij patiënten die thuis verblijven, toegepast, waarbij alleen u zelf als huisarts of mantelzorgers betrokken waren?

	Overeengekomen vrijheidsbeperkingen	Bij dwangbehandeling	In noodsituaties
Alleen ik zelf als huisarts	.....	.....	.....
Helemaal geen professionele zorgverleners (alleen mantelzorgers betrokken)	.....	.....	.....

## Bijlage 3 Vragenlijst interviews

### Directie/MT/beleidsmedewerker

De insteek van het interview met de directie zal zijn het beleid inzake psychogeriatrische patiënten/verstandelijk gehandicapten en vrijheidsbeperkende maatregelen. Voorts zal worden ingegaan op de ervaringen met dit beleid.

### Algemeen

1. Profiel organisatie (oa hoeveel psychogeriatrische patiënten/verstandelijk gehandicapten, hoe is zorg georganiseerd, etc.)
2. Visie organisatie ~psychogeriatrische patiënten/verstandelijk gehandicapten (en vrijheidsbeperkende maatregelen)
  - bieden van ondersteuning (niet de bedoeling dat cliënten lang onder hoede deze zorgvorm blijven)
  - het zo lang mogelijk bieden van zorg  
(Vaak wordt de visie expliciet genoemd; bijvoorbeeld :)
  - de visie gaat uit van de autonomie van de cliënt,
  - of (in de pg) de visie is "belevingsgericht".
  - Visie vrijheidsbeperkingen: *Het onderzoek wint aan belang, wanneer in elk gesprek en voor elke gesprekspartner helder is wat wordt verstaan onder vrijheidsbeperkende maatregelen. Dus per gesprek vragen naar een uitputtende opsomming.*  
*Wat de interviewers zelf in hun achterhoofd moeten hebben, is de verschillende modaliteiten die de Wet Bopz onderscheidt.*
    1. *Vrijheidsbeperkingen die in het kader van het zorgplan met toestemming van de betrokkene of diens vertegenwoordiger. Naar de aard van de wet is dit geen vrijheidsbeperking, maar feitelijk vaak wel.*
    2. *Toepassing van behandelingsplan tegen de wil van betrokkene of vertegenwoordiger onder strikte voorwaarden ex artikel 38, lid 5, derde volzin Wet Bopz; Volgens de Wet Bopz is alle verzet is verzet, dus ook uitingen van een wilsonbekwame.*
    3. *toepassing van 5 ( in psychogeriatric 4 !!) limitatief opgesomde middelen of maatregelen ter overbrugging van een noodsituatie, voor maximaal 7 achtereenvolgende dagen ex artikel 39 Wet Bopz en*
    4. *de beperking van fundamentele rechten op grond van criteria ex artikel 40 Wet Bopz.*

*Ook zouden de interviewers op de hoogte moeten zijn van de eisen die de Wet Bopz stelt aan de huisregels. (zie voor een veldnorm hiervoor bv het model-huisreglement van GGZ NL in het Vademecum Wetgeving van GGZ NL.)*

Zie Besluit rechtspositieregelen Bopz, artikel 3, zie ook evaluatierapporten interne rechtspositie Psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptensector.

3. Welke status hebben de psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten. Misschien zijn ze door het RIO geïndiceerd als art.-60 bewoners. Indien dit het geval is, staan ze dan op een wachtlijst voor een Bopz-instelling (verpleeghuis/Bopz-aangemerkt verzorgingshuis of instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg?)

### Beleid

Een aantal aspecten waarmee u in de zorg voor psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten te maken krijgt willen we graag met u doorspreken. Hoe heeft u die in uw organisatie geregeld?

4. Op welke terreinen is beleid ontwikkeld en door wie en hoe ziet dit beleid eruit ?
- Bepaling wilsonbekwaamheid
  - Opstelling zorgplan
  - Aanwijzing vertegenwoordiging.
  - Vrijheidsbeperkingen
  - Dwangbehandeling.
  - Vrijheidsbeperkingen in noodsituaties
  - Verzet.
  - Registratie.
  - Melding aan inspectie. *Het beleid van de inspectie is om dergelijke onwettige praktijken niet gemeld te willen krijgen. Instellingen moeten hun handelen wel intern goed registreren.*

De inspectie acht het van belang dat de interviewers op de hoogte zijn van dit inspectiebeleid, zodat ze niet instellingen onbewust op het verkeerde been zetten door te suggereren dat dergelijke praktijken wél gemeld moeten worden.

5. Wordt het beleid vertaald in protocollen?
6. Welke protocollen zijn er en wat regelen die?
- o Bepaling wilsonbekwaamheid
  - o Opstelling zorgplan
  - o Aanwijzing vertegenwoordiging
  - o Vrijheidsbeperkingen
  - o Verzet
  - o Registratie
  - o Melding aan inspectie
7. Wordt het beleid en de bijbehorende protocollen daadwerkelijk uitgevoerd/gebruikt?
8. Op welke wijze vindt terugkoppeling plaats naar de ontwikkelaar van het beleid?
9. Hoe is het beleid ten aanzien van cliënten die geen vertegenwoordiger hebben?

### **Vrijheidsbeperkingen**

10. Wat wordt onder vrijheidsbeperkende maatregelen verstaan? *Zo uitputtend mogelijk bevragen, zonder waarde-oordeel*
11. In hoeverre komen deze voor?
12. Waarom en wanneer worden ze toegepast?
13. Hoe (procedure) worden ze toegepast? Legt u het traject uit.
14. Wie is verantwoordelijk voor toepassingen van vrijheidsbeperkingen?
15. Zijn deze vrijheidsbeperkende maatregelen apart vastgelegd in het zorgplan van de psychogeriatrische patiënt/verstandelijk gehandicapte?
16. Wanneer is er bij toepassing vrijheidsbeperkingen sprake van dwang?
17. In hoeverre komt dit voor en hoe is in dat geval de procedure?
18. Idem voor noodsituaties

### **Transparantie en toezicht**

19. In hoeverre worden toepassingen van vrijheidsbeperkingen geregistreerd?
20. In hoeverre wordt er eventueel ook gemeld (*zie opmerking inspectie boven over melding*)?
21. Hoe is het beleid ten aanzien van registratie en melding?
- Wat wordt geregistreerd?
  - Wat wordt gemeld?
  - Wat wordt niet geregistreerd?
  - Wat wordt niet gemeld?
  - Wie registreert er?
  - Wie meldt er?

22. Wordt de registratie van vrijheidsbeperkingen centraal georganiseerd?
23. Heeft uw organisatie een kwaliteitssysteem opgezet t.a.v. registratie van het toepassen van vrijheidsbeperkingen?
24. Gebeurt anderszins iets met de geregistreerde informatie t.a.v. vrijheidsbeperkingen?
25. Welke overwegingen liggen ten grondslag aan het wel of niet registreren?
26. Ondervindt u specifieke problemen bij registratie?
27. Welke overwegingen liggen ten grondslag aan het wel of niet melden bij de Inspectie?
28. Ondervindt u specifieke problemen bij melding?
29. Wat vindt u van het feit dat registratie en melding (*zie boven*) van dit soort zaken plaatsvindt?

### **(Huis)regels en vrijheidsbeperkende maatregelen (indien van toepassing)**

30. Heeft uw instelling (huis)regels/een reglement?
31. Zo ja, kennen/kent deze/dit (huis)regels/dit reglement maatregelen/sancties waarbij de vrijheid van de cliënten beperkt wordt (bijvoorbeeld niet van afdeling/terrein af, bedtijden, andere beperkingen)? *ter info zie boven : sancties in huisregels zijn onwettig ! Sowieso alle soorten maatregelen die mbt een individu worden getroffen. Zie Besluit enz.*
32. Waarom en wanneer worden ze toegepast?
33. Hoe (procedure) worden ze toegepast? Legt u het traject uit.
34. Zijn deze vrijheidsperkende maatregelen apart vastgelegd in het zorgplan van de psychogeriatrische patiënt/verstandelijk gehandicapte?

### **Informatieverstrekking**

35. Heeft de instelling een beleid ten aanzien van informatieverstrekking?
36. Wie is verantwoordelijk voor de informatieverstrekking?
37. Waarover wordt geïnformeerd?
  - o Procedure
  - o Huisregels
  - o Zorgplan
  - o (Vrijheids)beperkende maatregelen
  - o Dwangbehandeling
  - o Vrijheidsbeperkingen in noodsituaties
  - o Mogelijkheid om te klagen
38. Wie worden geïnformeerd?
39. Wat zijn uw ervaringen met het verstrekken van informatie?
40. Ondervindt u specifieke knelpunten met betrekking tot informatieverstrekking?

### **Scholing zorgverleners**

41. Wie zijn belast met de zorg voor psychogeriatrische patiënten/verstandelijk gehandicapten?
42. Krijgen deze zorgverleners een speciale training en zo ja waar bestaat deze dan uit?
43. Wordt hierbij speciale aandacht geschonken aan toepassingen van vrijheidsbeperkingen?

### **Behoeft aan nieuwe regelgeving (m.b.t. vrijheidsbeperkende toepassingen bij deze groep mensen) om rechtspositie van PGP/VG te bevorderen**

44. Vindt u dat de huidige regelgeving voldoende rechtsbescherming biedt aan pgp/vg?
45. Zo ja, kunt u dit toelichten?
46. Zo nee, waarom niet en hoe zou hun rechtspositie verbeterd kunnen worden?

## **Zorgverlener**

Binnen de instelling worden drie hulpverleners geïnterviewd. Het gaat om een arts, een verpleegkundige of verzorgende en een zorgcoördinator. In de verstandelijk gehandicaptenzorg wordt ook een orthopedagoog/gezondheidszorgpsycholoog geïnterviewd. De insteek van het interview is het achterhalen van de praktijk van toepassingen van vrijheidsbeperkingen op de psychogeriatrische patiënt/verstandelijk gehandicapte en de ervaringen van de geïnterviewde.

## **Algemeen**

1. Wat is uw functie binnen de instelling?
2. In hoeverre bent u belast met de zorg voor psychogeriatrische patiënten/verstandelijk gehandicapten?

## **Wilsonbekwaam**

3. Wanneer is een psychogeriatrische patiënt/verstandelijk gehandicapte in uw ogen wilsonbekwaam?
4. Wie stelt wilsonbekwaamheid vast?
5. Hoe wordt wilsonbekwaamheid vastgesteld?
6. Heeft de instelling hier een protocol voor of op andere wijze een beleid geoperationaliseerd?
7. Wordt van geval tot geval bekeken (dus bij iedere te nemen beslissing) in hoeverre de psychogeriatrische patiënt/verstandelijk gehandicapte wils(on)bekwaam is?

## **Vertegenwoordiging**

8. Heeft de instelling een beleid met betrekking tot het aanwijzen van een vertegenwoordiger?
9. Wie is er verantwoordelijk voor de uitvoering van dat beleid?
10. Wie wordt doorgaans als vertegenwoordiger aangewezen?
11. Wat gebeurt er als de nieuwe psychogeriatrische patiënt/verstandelijk gehandicapte geen naaste familie meer heeft, dus niemand uit de naaste omgeving die op grond van de wet zou kunnen vertegenwoordigen?
12. In welke gevallen wordt het initiatief genomen tot het aanwijzen van een wettelijk (*dat betekent dus door de rechter aan te wijzen persoon, een mentor of curator*) vertegenwoordiger?
13. Wie neemt dat initiatief?
14. In hoeverre wordt nog met de psychogeriatrische patiënt/verstandelijk gehandicapte of zaken overlegd als deze eenmaal een vertegenwoordiger heeft?
15. Zijn er op dit punt verschillen:
  - Tussen cliënten met een wettelijk vertegenwoordiger (*mentor of curator*) en cliënten met een niet-wettelijk vertegenwoordiger?
16. Wat gebeurt er als de vertegenwoordiger het niet eens is met uw voorstel over (onderdelen van) het zorgplan of de uitvoering van (onderdelen van) dat plan.
17. Wat zijn uw ervaringen met vertegenwoordiging van cliënten?
18. Ondervindt u specifieke knelpunten met betrekking van vertegenwoordiging van cliënten?

## **Zorgplan**

Bij dit onderdeel is het van belang dat er eenduidigheid bestaat ten aanzien van de betekenis van het begrip zorgplan tussen interviewer en respondent. Het is dus zaak dat dit voorafgaand aan dit onderdeel duidelijk is, zodat onderstaande vragen op de juiste manier worden geïnterpreteerd.

19. Werkt u met zorgplannen?
20. Wat verstaat u onder een zorgplan?
21. In hoeverre is vanuit de instelling beleid ontwikkeld ten aanzien van de opstelling van het

zorgplan en de inhoud hiervan?

22. Hoe verloopt de procedure rond het opstellen van het zorgplan?
23. Wie zijn er betrokken bij de procedure?
24. Wat is de rol van de psychogeriatrische patiënt/verstandelijk gehandicapte en de vertegenwoordiger daarbinnen?
25. In hoeverre wordt de psychogeriatrische patiënt/verstandelijk gehandicapte bij de opstelling van het zorgplan betrokken als hij wilsonbekwaam is?
26. Welke items worden in ieder geval in het zorgplan opgenomen? (*Worden vrijheidsbeperkende maatregelen opgenomen in het zorgplan*) Indien ja, welke zijn dat dan?
27. In hoeverre hebben de onderdelen van het zorgplan een therapeutisch doel?
28. Wat zijn in het algemeen uw ervaringen?
  - Met het beleid inzake het zorgplan?
  - Met het opstellen van het zorgplan?
29. Ondervindt u specifieke knelpunten:
  - Met het beleid inzake het zorgplan?
  - Met het opstellen van het zorgplan?

### **Vrijheidsbeperkingen**

30. Bent u bekend met het begrip vrijheidsbeperkende maatregelen?
31. Wat wordt onder vrijheidsbeperkende maatregelen verstaan? (*zie boven: de interviewer dient hier tevens te vragen naar een definitie/uitputtende opsomming volgens de respondent.*)
32. In hoeverre komen deze voor (*zijn exacte cijfers verkrijgbaar*)?
33. Waarom en wanneer worden ze toegepast?
34. Hoe (procedure) worden ze toegepast? Legt u het traject uit.
35. Wie is verantwoordelijk voor toepassingen van vrijheidsbeperkingen?
36. Zijn deze vrijheidsbeperkende maatregelen apart vastgelegd in het zorgplan van de psychogeriatrische patiënt/verstandelijk gehandicapte?
37. In hoeverre worden toepassingen van vrijheidsbeperkingen opgenomen in het zorgplan?
38. Zijn daar aparte formulieren voor?
39. Wanneer is er bij toepassing vrijheidsbeperkingen sprake van dwang\*?
40. In hoeverre komt dit voor en hoe is in dat geval de procedure\*?  
Idem voor noodsituaties\*\*

### **\*Dwangbehandeling**

41. Wat gebeurt er als de psychogeriatrische patiënt/verstandelijk gehandicapte het niet eens is met de uitvoering van het zorgplan?
42. Wie neemt het besluit of de uitvoering van het zorgplan wel of niet door moet gaan?
43. Wanneer gaat de uitvoering van het zorgplan door?
44. Wanneer gaat de uitvoering van (een gedeelte van) het zorgplan niet door?
45. In hoeverre heeft de uitvoering van het zorgplan dat dan toch doorgaat een therapeutisch doel?
46. In hoeverre speelt de wils(on)bekwaamheid van de psychogeriatrische patiënt/verstandelijk gehandicapte een rol, als hij het niet eens is met de uitvoering van het zorgplan?
47. Als u een zorgplan doorzet, ondanks het feit dat de psychogeriatrische patiënt/verstandelijk gehandicapte het er niet mee eens is, wordt in dat geval nog overlegd met de vertegenwoordiger?

---

\* Vragen voor dwangbehandeling staan hieronder nader uitgewerkt. Hierop doorvragen als de algemene vraag te weinig informatie oplevert.

\*\* Vragen voor dwangbehandeling staan hieronder nader uitgewerkt. Hierop doorvragen als de algemene vraag te weinig informatie oplevert.

\*\*\* Vragen voor wat er gebeurt in noodsituaties, staan hieronder nader uitgewerkt. Hierop doorvragen als de algemene vraag te weinig informatie oplevert.

48. In welke gevallen gebeurt dat (wilsonbekwaam – wilsbekwaam?)
49. Wat zijn uw ervaringen met dwangbehandeling?
50. Zijn er specifieke knelpunten met betrekking tot dwangbehandeling?

## **\*\*Noodsituaties**

51. Wat verstaat u onder een noodsituatie?
52. Wat zijn redenen voor het toepassen van vrijheidsbeperkingen in een noodsituatie?
53. Welke vrijheidsbeperkingen worden in een noodsituatie toegepast?
54. Wie neemt het besluit tot toepassing van een vrijheidsbeperking in een noodsituatie?
55. In hoeverre worden de psychogeriatrische patiënt/verstandelijk gehandicapte en/of diens vertegenwoordiger bij het besluit tot toepassing van vrijheidsbeperkingen in noodsituaties betrokken?
56. In hoeverre worden andere hulpverleners bij het besluit tot toepassing van vrijheidsbeperkingen in noodsituaties betrokken?
57. Wat zijn uw ervaringen met het toepassen van vrijheidsbeperkingen in noodsituaties?
58. Zijn er specifieke knelpunten bij het toepassen van vrijheidsbeperkingen in noodsituaties?

## **Transparantie**

59. In hoeverre worden toepassingen van vrijheidsbeperkingen geregistreerd?
60. In hoeverre wordt er eventueel ook gemeld? *Zie opmerking inspectie boven*
61. Wie is verantwoordelijk voor de registratie (en melding aan de inspectie)?

Als geïnterviewde daarvoor verantwoordelijk is:

- 62.
- Wordt alles geregistreerd?
  - Wordt alles gemeld? (*Zie boven*)
  - Wat wordt niet geregistreerd
  - Wat wordt niet gemeld? (*Zie boven*)
63. Wordt de registratie van vrijheidsbeperkingen centraal georganiseerd?
64. Heeft uw organisatie een kwaliteitssysteem opgezet t.a.v. registratie van het toepassen van vrijheidsbeperkingen?
65. Gebeurt anderszins iets met de geregistreerde informatie t.a.v. vrijheidsbeperkingen?
66. Welke overwegingen liggen ten grondslag aan het wel of niet registreren?
67. Ondervindt u specifieke problemen bij registratie?
68. Welke overwegingen liggen ten grondslag aan het wel of niet melden bij de Inspectie? (*Zie opmerking inspectie boven*)
69. Ondervindt u specifieke problemen bij melding?
70. Wat vindt u van het feit dat registratie en melding (*zie opmerking inspectie boven*) van dit soort zaken plaatsvindt/niet plaatsvindt?
71. Hoe wordt geregistreerd (en hoe wordt gemeld *zie opmerking inspectie boven*) (hoe vindt de telling plaats: bijv. 365 dagen fixeren bij 1 patiënt is 1x fixatie, met tussenpozen bij 1 patiënt fixeren is 1x fixatie, of meerdere keren fixatie).
72. Wat zijn uw ervaringen met het registreren (en melden)?
73. Zijn er specifieke knelpunten met het registreren (en melden)?

## **Toezicht**

74. Hoe is het toezicht op psychogeriatrische patiënten/verstandelijk gehandicapten georganiseerd?
75. Is dit anders dan bij andere cliënten?
76. Vindt er extra toezicht plaats bij psychogeriatrische patiënten/verstandelijk gehandicapten indien er vrijheidsbeperkende maatregelen zijn genomen en zo ja, hoe?



**(Indien van toepassing) Huisregels en vrijheidsbeperkende maatregelen**

77. Bent u bekend met de huisregels van de instelling?
78. In hoeverre komen hierin toepassingen van vrijheidsbeperkingen voor?
79. Om welke gaat het dan (deuren op slot, bedtijden, niet zelfstandig van terrein af, restricties roken, drinken, eten, etc.)
80. Wie besluit tot deze vrijheidsbeperkende maatregelen?
81. Worden deze vrijheidsbeperkende maatregelen opgenomen in het zorgplan?
82. Wat zijn uw ervaringen met deze vrijheidsbeperkende maatregelen?
83. Zijn er specifieke knelpunten bij het toepassen van deze vrijheidsbeperkende maatregelen?

**Overplaatsing**

84. Wanneer besluit u een psychogeriatrische patiënt/verstandelijk gehandicapte over te (laten) plaatsen naar een intensievere zorgvorm?
85. Wie neemt het initiatief/besluit om iemand over te laten plaatsen naar een intensievere zorgvorm?
86. In hoeverre speelt de toepassing van vrijheidsbeperkingen een rol in de overweging?

**Informatieverstrekking**

87. Welke bijdrage levert u aan de informatieverstrekking
- aan psychogeriatrische patiënt/verstandelijk gehandicapte
  - aan diens vertegenwoordiger?
- Onderwerpen die aan de orde komen:
- Procedure
  - Huisregels
  - Zorgplan
  - Toepassingen van vrijheidsbeperkingen
  - Mogelijkheid om te klagen
88. Wat zijn uw ervaringen met de informatieverstrekking?
89. Ondervindt u specifieke knelpunten bij de informatieverstrekking?

**Overige vragen****Indien de cliënt in een instelling verblijft:**

90. Hoe gaat het met de omgang met psychogeriatrische patiënten/verstandelijk gehandicapten en overige cliënten op een afdeling?
91. Ervaren de andere cliënten (en evt. uzelf) last van psychogeriatrische patiënten/verstandelijk gehandicapten?
92. Hoe reageren de andere cliënten op een psychogeriatrische patiënt/verstandelijk gehandicapte?
93. Indien er moeilijkheden ontstaan, hoe gaat u daar dan mee om. (Is het eventueel een prikkel om iemand over te laten plaatsen naar een intensievere zorgvorm: bijv. Bopz-indicatie?)

**Indien de cliënt niet in een instelling verblijft:**

94. Ervaren mantelzorgers (en evt. uzelf) last van de zorg voor psychogeriatrische patiënten/verstandelijk gehandicapten?
95. Indien er moeilijkheden ontstaan, hoe gaat u daar dan mee om. (Is het eventueel een prikkel om iemand over te laten plaatsen naar een intensievere zorgvorm: bijv. Bopz-indicatie?)

**Behoeft aan nieuwe regelgeving (m.b.t. vrijheidsbeperkende toepassingen bij deze groep mensen) om rechtspositie van PGP/VG te bevorderen**

96. Vindt u dat de huidige regelgeving voldoende rechtsbescherming biedt aan pgp/vg?

97. Zo ja, kunt u dit toelichten?

98. Zo nee, waarom niet en hoe zou hun rechtspositie verbeterd kunnen worden?

## **Vertegenwoordiger**

De doelstelling van het interviewen van de vertegenwoordiger is het achterhalen van de ervaringen van de vertegenwoordiger met vrijheidsbeperkende toepassingen. Tevens is het interview bedoeld om een indruk te krijgen in welke mate de rechtspositie van de betrokken psychogeriatrische patiënt/verstandelijk gehandicapte gewaarborgd is.

## **Algemeen**

1. Van wie bent u vertegenwoordiger?
2. Hoe lang bent u al vertegenwoordiger?
3. Op welke manier bent u vertegenwoordiger (door de rechter aangewezen, gemachtigd of onbenoemd vertegenwoordiger)?
  - Als u een onbenoemde vertegenwoordiger bent: bent u specifiek door de instelling aangewezen als vertegenwoordiger/contactpersoon? Hoe verliep dan die procedure?
  - Hoe zijn de afspraken met de overige familieleden op dit punt?
4. Weet u of uw familielid door het RIO een zogeheten Bopz-indicatie heeft gehad?

## **Informatieverstrekking**

5. Waar werd u over geïnformeerd toen uw familielid voor het eerst zorg ontving van de betreffende instelling?
  - o Procedure
  - o (Huis)regels
  - o Zorgplan
  - o Toepassing van vrijheidsbeperkingen
    - o zorgplan,
    - o dwangbehandeling,
    - o noodsituaties
    - o overige vrijheidsbeperkingen
  - o Mogelijkheid om te klagen
6. Door wie werd u geïnformeerd?
7. In hoeverre zijn deze onderwerpen later nog (opnieuw) aan de orde gekomen?
8. Wat is uw mening over de informatieverstrekking die vanuit de instelling heeft plaatsgevonden?

## **Wilsonbekwaamheid en vertegenwoordiging**

9. Wordt van geval tot geval bekeken of uw familielid zelf in staat is tot beslissen?
10. Wordt u in alle gevallen betrokken bij beslissingen die betrekking hebben op uw familielid?
11. Vindt u dat u voldoende betrokken wordt bij beslissingen die betrekking hebben op uw familielid?

## **Zorgplan**

12. Werd toen uw familielid werd opgenomen een zorgplan opgesteld?
13. Kunt u vertellen hoe die procedure verliep?
14. Wat waren uw ervaringen over deze procedure?
15. Waren er onderdelen in het zorgplan waar u het niet mee eens was?
16. Wat gebeurde er als u het niet eens was met die onderdelen?
17. Zijn er in het verleden onderdelen van het zorgplan uitgevoerd waar uw familielid het niet mee eens was?
18. Werd er dan met u overlegd?
19. Wat was uw mening daarover?
20. Hoe reageerde de instelling daarop?
21. Heeft de instelling wel eens onderdelen van het zorgplan uitgevoerd waar u het niet mee

- eens was (en uw familielid ook niet)?
22. Wat vond u daarvan?
23. Wat zijn uw ervaringen met het opstellen van het zorgplan en de uitvoering daarvan?
24. Vindt u dat uw familielid en uzelf voldoende worden geïnformeerd op dit punt?
25. Ondervindt u of heeft u specifieke knelpunten ondervonden met de opstelling van het zorgplan en de uitvoering daarvan?

### **Toepassingen van vrijheidsbeperkingen**

26. Wat verstaat u onder vrijheidsbeperkingen? *En verzette u of de cliënt zich daartegen ? enz. enz.)*
27. Worden er wel eens vrijheidsbeperkingen bij uw familielid gebruikt? *Zo concreet mogelijke voorbeelden uitvragen. Dus vragen naar concrete maatregelen. Welke ? Of werd de cliënt weleens (vastgebonden, enz., enz, ..... Ook vragen naar medicatie: worden psychofarmaca of sederende medicatie gebruikt- voorbeelden haldol, dipiperon, seresta)*
28. Welke vrijheidsbeperkingen worden dan gebruikt?
29. Zo ja in welke situaties en om welke reden *(bijvoorbeeld ter bescherming, pedagogische maatregelen, ter voorkoming van gevaar)?*
30. Wie neemt daartoe het besluit?
31. In hoeverre wordt u bij die beslissing betrokken?
32. Wat vindt u daarvan?
33. Vindt u dat bij de toepassing van deze maatregelen voldoende rekening wordt gehouden met de mening van uw familielid/van uzelf? *Doorvragen of de vertegenwoordiger of de cliënt zich wel eens heeft verzet tegen de toepassing van een vrijheidsbeperking*
34. Wie voert de vrijheidsbeperking uit?.
35. Welke maatregelen worden bij uw familielid toegepast (bedhekken, banden, tafelsteun, belmatjes, medicatie, etc
36. Wat is uw mening daarover?
37. Merkt u wel eens dat uw familielid het toepassen van één of meer van deze maatregelen niet prettig vindt?
38. Wat doet de instelling dan met deze situatie?
39. Wat doet u dan met deze situatie?
40. Wat zijn in het algemeen uw ervaringen met beschermende maatregelen, vrijheidsbeperkende maatregelen, pedagogische maatregelen of andere (dwang)maatregelen genomen bij uw familielid?
- Vindt u dat in het algemeen voldoende rekening wordt gehouden met de wensen van uw familielid en van uzelf op dit punt?
  - Ondervindt u specifieke knelpunten bij de toepassing van deze maatregelen?
41. Vindt u dat uw familielid en uzelf voldoende worden geïnformeerd op dit punt?

### **Behoeftte aan nieuwe regelgeving (m.b.t. vrijheidsbeperkende toepassingen bij deze groep mensen) om rechtspositie van psychogeriatrische patiënten of verstandelijk gehandicapten te bevorderen**

42. Vindt u dat de huidige regelgeving voldoende rechtsbescherming biedt aan psychogeriatrische patiënten of verstandelijk gehandicapten?
43. Zo ja, kunt u dit toelichten?
44. Zo nee, waarom niet en hoe zou hun rechtspositie verbeterd kunnen worden?

# Bijlage 4 Verslag invitational conference

Verslag van de invitational conference gehouden op woensdag 29 oktober 2003  
Verslaglegging: M. van Steijn-Verweij, Top Support B.V. (030 – 635 2885)

## 1. Opening en presentatie

De bijeenkomst wordt geopend door de dagvoorzitter, mevrouw De Roode, werkzaam bij de KNMG.

In haar inleiding geeft zij aan dat de Wet Bopz opnieuw ter discussie staat en dat het Ministerie zich momenteel verdiept in het ontwikkelen van nieuwe wettelijke regelingen voor een deel van de sector: pg (psychogeriatric) en vgz (verstandelijk gehandicaptenzorg). Binnen de zorg worden allerlei beleidsinitiatieven ontwikkeld die gericht zijn op vermaatschappelijking en kleinschaligheid, om mensen zo lang mogelijk in hun eigen omgeving te houden. Toevallig is deze week de week van het "Wonen met dementie": wonen in je eigen woning waardoor een negatieve stroomversnelling van intramurale opname voorkomen wordt. Deze ontwikkeling bevordert de kwaliteit van het leven, maar tegelijkertijd ook enigszins de noodzaak om vrijheden te kunnen beperken. Voor goede zorg is vereist dat er voldoende middelen beschikbaar gesteld worden, maar ook dat er een afdoende juridisch kader aanwezig is, dat flexibel is. De spanning tussen de flexibiliteit en de uitvoerbaarheid enerzijds en de rechtswaarborgen anderzijds is een rode draad in de discussie van vanmiddag: moet er een nieuwe regeling komen, en zo ja: hoe moet die regeling er dan uit zien? Uitgaande van het rapport werd duidelijk dat de Wet Bopz niet past bij de sectoren pg en vgz, waarna een tamelijk revolutionaire aanbeveling werd gedaan: om een scheiding aan te brengen, en een volledig nieuw wettelijk kader samen te stellen voor deze twee sectoren.

Daarnaast is onderzoek gedaan door Arcades als brancheorganisatie, en er is een rapport uitgebracht over contouren van andere rechtsomgeving: de wet is dus constant in beweging.

Vandaag worden meningen gevraagd over hoe de wet er uit zou moeten zien, en hoe die zich zou moeten verhouden tot andere regelingen.

VWS heeft het instituut. Beleid & Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit opdracht gegeven voor een onderzoek om antwoord te geven op de vraag of er wel behoefte bestaat aan andere regelgeving.

De heer Luuk Arends is degene die dit onderzoek geleid heeft, een omvangrijk project dat zich gedurende een jaar heeft afgespeeld over heel veel verschillende zorgaanbieders. Het is een zeer ingewikkelde problematiek, en in zijn presentatie geeft de heer Arends een korte samenvatting van de resultaten van het onderzoek. Om de discussie de nodige vaart te geven heeft de heer Arends 10 stellingen op papier gezet; het zijn dus geen conclusies uit het onderzoek, maar ze zijn bedoeld om de bevindingen van het onderzoek te kunnen toetsen.

De stellingen worden in vier groepen besproken.

### Stellingen

1. Vrijheidsbeperkingen zouden overall, dus ook in de thuissituatie, toegepast moeten kunnen worden indien dit noodzakelijk is
2. Het is niet nodig bij een besluit tot een vrijheidsbeperkende maatregel bij een cliënt een multidisciplinair zorgteam te betrekken.
3. Iedere hulpverlener mag zelfstandig, zonder een collega te consulteren, beslissen over het toepassen van vrijheidsbeperkingen.
4. De roep om het mogen toepassen van vrijheidsbeperkingen buiten de huidige Bopz-aangemerkte instellingen, komt voort uit gebrek aan creativiteit en professionaliteit.
5. Bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen moet altijd 24-uurs toezicht aanwezig zijn. Daarbij kunnen ook mantelzorgers betrokken worden.
6. Elke toepassing van een vrijheidsbeperkende maatregel dient zowel op individueel cliëntniveau als op centraal niveau te worden geregistreerd.
7. De wilsonbekwaamheid van cliënten moet in ieder geval bij de intake op systematische wijze nagegaan worden.
8. Een huisarts mag zonder andere professionele hulpverleners te betrekken, besluiten tot het toepassen van een vrijheidsbeperking.
9. Iemand die in een ziekenhuis ligt, mag nooit zonder diens expliciete toestemming aan vrijheidsbeperkingen worden onderworpen.
10. Elke beperking van de vrijheid is een vrijheidsbeperking in juridische zin en zou bij wet moeten worden geregeld.

## 2. Discussie groep 1, onder leiding van Joke Calis

*(Verslag is gemaakt vanaf de band. N.B.: sommige personen zaten te ver van het apparaat en waren niet of nauwelijks te verstaan, waardoor gedeelten zijn weggevalen.)*

Aan de discussie nemen deel:

Brenda Frederiks, Universiteit Maastricht sectie Gezondheidsrecht, bezig met proefschrift over rechtspositie van verstandelijk gehandicapten, heeft tevens medewerking verleend aan onderzoek Luuk Arends;

De heer De Jong, St. Philadelphia (kleinschalig vg), verzorger Bopz;

Sjaak van der Kleij, Stichting De Zijlen, Nunspeet (vg);

De heer J.W. Lokker, Agathos Thuiszorg, Houten;

Ton Oosterhof, verpleegkundige, Wilhelmina Ziekenhuis, Assen;

Tom Schulte, voorzitter vakgroep psychiatrie en manager ziekenhuis, afdeling geriatrie, VVVG / ZH Meander Medisch

Centrum Amersfoort (vg);  
Henk Steen, Stichting Odion (vg), lid van Raad van Bestuur;  
Brigitte Verhage, VWS, dir. verpleging en verzorging ouderen;  
Jacolien de Vis, studente; gaat afstuderen in kader van Bopz;  
Bart Zijlstra, VWS, Departement Maatschappelijke Opvang;  
Joke Calis, kwaliteitsfunctionaris bij Stichting Reinaerde voor verstandelijk gehandicapten (vg) en ook als aandachtsgebied de implementatie van de Bopz binnen de instelling (voorzitter).

#### *Reacties op de presentatie van de heer Arends*

In welke richting moeten de gedachten gaan als het gaat om het maken van een nieuw juridisch kader voor vrijheidsbeperkingen op al die locaties waar de Bopz niet van toepassing is?

Een van de deelnemers stelt dat het een lastige kwestie is, want in het ziekenhuis is er allerlei controle.

Volgens iemand anders is de vraag of dit onderzoek v.w.b. de ziekenhuizen alleen is toegespitst geweest op de psychiatrische patiënten of ook op andere. Dat maakte het namelijk moeilijk om de vragenlijst in te vullen.

Mevrouw Calis van Stichting Reinaerde, voorzitter, antwoordt dat het onderzoek was gericht op de niet Bopz-locaties.

Een van de aanwezigen stelt dat de grens niet duidelijk is. Hij neemt aan dat de grens in het onderzoek bij de officiële zorgaanbieders is gebleven.

Mevrouw Calis van Stichting Reinaerde, voorzitter, wijst erop dat het niet ging om de Bopz-aangemerkte locaties maar juist om de niet –Bopz-aangemerkte locaties, maar volgens de vorige spreker zit daar nog het een en ander tussen.

Een andere aanwezige vraagt of die grens inderdaad is gelegd bij de zorgaanbieders, dus niet bij mantelzorgers, waarop iemand anders antwoordt dat bij hem in de instelling professionele zorg wordt geleverd die eigenlijk geen zorg is: mensen huren bijvoorbeeld zelf verpleegkundigen in. Is dat er ook buiten gelaten?

Een ander merkt op dat, als het gaat om verstandelijk gehandicaptenzorg, alle zorginstanties en intramurale voorzieningen die daar deel van uitmaken daarbij betrokken moeten worden. Zelf is hij werkzaam in een grote intramurale zorgorganisatie, geen Bopz-organisatie.

Mevrouw Calis antwoordt dat veel instellingen zijn aangeschreven maar dat er slechts weinig hebben gereageerd.

Volgens mevrouw Frederiks, die aan het onderzoek heeft meegewerkt, is er toch wel het een en ander afgekaderd in dit onderzoek, tenminste: het gaat alleen maar om M&M (middelen & maatregelen) en dwang.

Volgens mevrouw Calis is dat niet het geval: zij heeft het heel breed opgevat.

Dit is nu precies het probleem waar de eerdere spreker op doelde: dat grijze gebied is in ieder geval te vinden in een gecombineerd verpleeghuis.

De voorzitter stelt voor dit eventueel in de plenaire sessie mee te nemen.

#### *Stelling 1:*

Een van de aanwezigen gaat in op de thuissituatie van psychogeriatrische patiënten: zijn instelling ondersteunt hij vanuit de professionele organisatie mensen in hun eigen woning. De visie is dat het gebeurt samen met de patiënten, en dat op die manier, door middel van zorg, het gewone leven wordt ondersteund. Zorg is heel veel: het gewone leven moet ondersteund worden. Daar komt dan ook het begrip 'goede zorg' ter sprake, wat met zich kan meebrengen dat het gewone leven wordt gefaciliteerd, in bepaalde situaties. Het nalaten van bepaalde handelingen kan in strijd zijn met goede hulpverlening (Wgbo). Het gaat om heel simpele zaken als verklikerslichtjes (codeslot mag niet maar verklikerslichtjes wel), waarmee de steun wordt geboden die noodzakelijk is; dat wordt neergelegd in het zorgplan. Als dat niet te realiseren is is spreker er niet meer voor om te zeggen dat bepaalde middelen verbijzonderd moeten worden voor een bepaalde setting. Eerder zou je dan moeten kijken naar het individu en naar de omgeving, zorgen dat je je handelen legitimeert en zorgen dat je handelen altijd wordt getoetst.

Mevrouw Frederiks van de Univ. Maastricht kan zich voorstellen dat ingrijpende zaken anders worden aangepakt.

Spreker noemt als voorbeeld dat hij als ouder zijn peuter niet mag slaan, maar wel in de box mag zetten.

De voorzitter concludeert dat hij bedoelt te zeggen dat elke vorm van vrijheidsbeperking die gepast is in die situatie, mogelijk zou moeten worden, bij die bepaalde cliënt, maar mevrouw Frederiks vraagt of spreker ook ingrijpende zaken, zoals separeren, in gedachten had. Hij antwoordt dat dat, benaderd vanuit de zorg, juist is. Op het moment dat er wordt vastgesteld dat iemand in de thuissituatie een infuus kan krijgen zou dat, als het nodig is voor de zorg, moeten kunnen, maar wel op voorwaarden. Mevrouw Frederiks noemt het beschikken over een bepaalde deskundigheid als een van die voorwaarden.

De voorzitter licht toe dat die stelling vooral is bedoeld om te kijken hoe breed het terrein zou moeten zijn.

Iemand merkt op dat hier vrijheidsbeperking wordt gelijkgesteld aan de wet, aan regels; in de thuissituatie is dat echter anders. Die mantelzorgers zullen vast wel eens stiekem een pilletje geven. Slaat het dan ook op de thuissituatie?

Volgens de voorzitter is dat wel zo bedoeld.

Spreker vervolgt dat daar waar het gaat over professionele zorgverleners er andere regels gelden dan wanneer je het thuis doet. Er zijn allerlei gradaties in, maar beperkende maatregelen worden overal toegepast.

De voorzitter vat samen dat spreker zich afvraagt of dat aan een wettelijke regeling gekoppeld moet worden: op het moment dat er geen professionele thuiszorg in het gezin is heb je er dus geen zicht op. (Er wordt gesproken over een insuline-injectie als voorbeeld, maar dat is niet te verstaan.)

Een van de deelnemers vond aan deze stelling het meest opvallende dat er een ontwikkeling is bij zorginstellingen, de zgn. 'goede zorg'; heel vaak vragen mensen zich af: wat moet je doen (..... gedeelte niet te verstaan), en dat wordt het "niet toepassen tenzij". Dat is een heel andere invalshoek.

De voorzitter vat samen: daar waar de cliënt zich bevindt zal het vanuit het oogpunt van goede zorg mogelijk moeten zijn dat vrijheidsbeperkingen worden toegepast; spreker maakte een uitzondering voor een thuissituatie waar niet de professionele zorg binnenkomt.

Spreker vult aan dat het meer een vraag was, want soms gaat het ook finaal mis en is er sprake van mishandeling. Moet het dan door blijven gaan thuis?

De voorzitter merkt op dat dan het strafrecht van toepassing is, of andere wetgeving.

Spreker stelt dat het weer anders is als het gaat over professionals: dan moet de term 'professional' gedefinieerd worden, want een buurvrouw, betaald uit het PersoonsGebondenBudget, is dan opeens een professional. Als zij betaald wordt zonder enige kwalificatie, wat dan? Er is een grijs gebied waarin niets geregeld is.

Een andere deelnemer denkt dat je daarom aan de stelling zou kunnen toevoegen: "daar waar je de professional inzet", want er zijn zoveel verschillende gradaties; sommige instellingen hebben wel 20 verschillende functies. Aan de andere kant, als je iemand uit zou sluiten, bijvoorbeeld thuis: in het ziekenhuis zie je ook wantoestanden.

De voorzitter vraagt of het misschien omgedraaid kan worden, dat je zegt "er is een aantal voorwaarden nodig om het professioneel en veilig te doen", en daar waar je die voorwaarden niet kan garanderen gaat het misschien om plekken

waar het niet mogelijk is. Dus: "tenzij het onder voorwaarden goed geregeld is".

Volgens mevrouw Frederiks zou je dan ook kunnen zeggen dat het nergens mag, maar zo ziet de voorzitter dat niet: het kan alleen tenzij.

De spreker van zojuist maakt een uitstapje naar situaties vanuit de AWBZ; als straks de wet Maatschappelijke Zorg komt en er elementen naar de gemeente gaan, wat betekent dat dan voor de zorg? Dan worden er zaken overgeheveld. Misschien een voetnoot om mee te nemen in het verhaal.

De voorzitter vat samen: vrijheidsbeperkingen worden toegepast in heel veel situaties. Daar waar professionals in beeld zijn is het in ieder geval noodzakelijk om daar voorwaarden aan te verbinden. Daar waar zij niet zijn is er een grijs gebied waarvan niet duidelijk is hoe dat zou moeten. Als laatste werd opgemerkt: misschien moeten de situaties in ieder geval worden verbonden aan voorwaarden, bijv. dat er zorgvuldig gehandeld wordt.

#### *Stelling 2:*

Een van de aanwezigen maakt een opmerking (is niet te verstaan), waarop de voorzitter antwoordt dat zij het ermee eens kan zijn dat er in ieder geval meer dan één discipline om de tafel moet zitten.

Spreker vindt dat dat in ieder geval iemand uit de zorg moet zijn en de huisarts.

Mevrouw Frederiks van de Univ. Maastricht vraagt of zij bij elke vrijheidsbeperkende maatregel betrokken moeten worden, en de eerdere spreker antwoordt dat hij zich kan voorstellen dat je, samen met de vertegenwoordiger van de cliënt, een pilletje in zijn pap doet. De indicatiestelling voor het pilletje is helder, en je doet het in overleg met de vertegenwoordiger.

Andere aanwezige: (... niet te verstaan)

De voorzitter concludeert dat je misschien het onderscheid kunt maken tussen het moment waarop je beslist "we gaan het in het vervolg doen" en het moment waarop je besluit "we gaan het nú doen". Dus het besluit als beleidsbeslissing en als uitvoeringsbeslissing: daar zit een verschil in. Over de beleidsbeslissing moet het beleidsteam meebesluiten, en bij de beslissing over het moment waarop is het voldoende om daar de verpleegkundige bij te betrekken.

Een van de deelnemers zegt iets over 's nachts en overdags (... niet te verstaan), waarop de voorzitter stelt dat het dan nog niet een uitvoeringsbesluit is maar achteraf getoetst. Het kan ook zijn dat bij de wekelijkse bespreking wordt afgesproken om vanaf de komende week een bepaald pilletje toe te dienen.

Een van de dames vertelt dat er in haar instelling altijd overleg wordt gepleegd met de arts: hij/zij toetst altijd achteraf. Het zijn in een ziekenhuis overwegend noodsituaties.

De voorzitter sluit hierop aan: het gesprek ging niet over noodsituaties, maar over beleid.

Iemand uit de zaal houdt een betoog (... dat niet te verstaan is), en de voorzitter concludeert dat hij in feite zei dat het multidisciplinair getoetst moet worden.

Een ander vraagt of het ook geldt voor elke toepassing, of dat het alleen voor die cliënt wordt toegepast.

Er wordt geantwoord dat over een pilletje niet overlegd hoeft te worden; daar is dus onderscheid in.

Iemand anders (dhr. Lokker?) vraagt in welke situatie er een behandelingverantwoording moet zijn, waarop de voorzitter de huisarts noemt. Spreker (dhr. Lokker?) echter merkt op dat de huisarts vaak helemaal niet aan bod komt: er zijn heel veel beslissingen die niet met medische aspecten te maken hebben, en dan wordt dus gedacht in de richting van andere deskundigheden. De voorzitter informeert of die in de thuiszorg voorhanden is, waarop spreker (dhr. Lokker?) antwoordt dat dat pilletje op z'n minst is voorgeschreven, waardoor die huisarts dus op z'n minst mede-behandelaar is.

Een andere gespreksdeelnemer vindt dat het ook gaat om de deur dichthouden. Ook daar moet je over nadenken. Daar vraag je de arts niet bij, maar een psycholoog o.i.d. De voorzitter vraagt of die in de thuiszorg voorhanden zijn, waarop dhr. Lokker (?) antwoordt dat z.i. deze discussie gaat om de vraag: wie bepaalt straks, wie neemt het uiteindelijke besluit; is dat een specialist? In andere instellingen zijn het altijd verpleegkundigen die het doen, maar bij die voorbeelden is het logisch dat een huisarts het doet.

Een aanwezige zegt iets (... dat niet te verstaan is) en de voorzitter antwoordt dat op sommige plekken veel van dat soort gedragsdeskundigen aanwezig zijn. Hoe dat in de pg is weet zij niet (er wordt gezegd dat ze daar ook te vinden zijn). Dan is er een andere discipline die je verantwoordelijk kunt maken.

De spreker van daarnet stelt vast dat "de deur op slot" niet in het totale beleid past, maar dat moet aan de voorkant goed beschreven worden: in het zorgplan. Want de zorgverlener van dienst is niet zeven dagen dezelfde, dus de anderen moeten dat ook weten. Er moet consensus zijn. Het hoeft niet perse multidisciplinair maar het moet goed beschreven zijn.

De voorzitter vraagt of het voor die verpleegkundige ook niet prettig zou zijn als zijn handelen dan ook getoetst wordt door een andere discipline, waarop door een van de aanwezigen wordt geantwoord dat er in de thuiszorg altijd teruggekoppeld wordt naar de teamleider, vanwege diens andere deskundigheid. De voorzitter stelt vast dat dat geen andere discipline is: het is dus ook geen multidisciplinair overleg. En vanuit het ziekenhuis zegt spreker dus: altijd toetsen door een andere discipline, met name de medische discipline. En in de thuiszorg wordt dus gezegd: het is zo bijna niet te organiseren, en daarom zou het daar zo moeten gaan dat er binnen de eigen discipline getoetst wordt.

Volgens een van de sprekers zijn het vooral de huiselijke dingen die goed besproken moeten worden, met collega's van een verschillend deskundigheidsniveau. En met de vertegenwoordiger van de cliënt. Daarna kunnen afspraken worden vastgelegd, die later kunnen worden geëvalueerd.

Een andere aanwezige stelt dat het zorgplan en het ondersteunend plan altijd zijn ingebed in het zorgbeleid van de organisatie in zijn totaliteit. Er is altijd een verbinding tussen het individuele zorgplan waarin je aan de voorkant zaken beschrijft en het zorgbeleid, bijvoorbeeld als het gaat om gevaarlijk gedrag.

De voorzitter vraagt of dat ook multidisciplinair moet gebeuren, waarop een van de sprekers antwoordt dat het dan de vraag is of alle vrijheidsbeperkende maatregelen hetzelfde gewicht hebben, want er zijn heel zware en heel lichte. En voor die zware moet er een multidisciplinair overleg zijn. Het is een moeilijke kwestie; opsluiten in een separeer lijkt in ieder geval een zware beslissing.

De voorzitter vindt tweede banden ook een zware beslissing. En wat is een pilletje in de pap?

Een van de aanwezigen vindt dat dat er ook onder valt. Ook bij de kleinere beslissingen moet het niet vanzelfsprekend zijn: er moet over nagedacht worden. Er moet over gesproken worden. Maar dat hoeft niet allemaal multidisciplinair.

De voorzitter concludeert dat er dus een gradatie in zit; voor sommige maatregelen moet je wel multidisciplinair overleg plegen en voor andere niet (alleen overleg met vertegenwoordiger en verpleegkundige).

Een van de dames noemt een voorbeeld: iemand die dement is wordt in een rolstoel gezet waar hij niet uit kan, terwijl hij graag wat rondscharrelt. Dat klinkt heel onschuldig maar dat is dan voor die persoon wel de ultieme vrijheidsbeperking. Trek de situatie eens door: er komt iemand thuiszorg verlenen, die ziet bij de cliënt bepaald gedrag, dan komt er een collega en ze schrijven het op in het zorgplan; misschien is het dan handig om ook een verpleeghuisarts te bellen, die dan misschien zegt dat er andere mogelijkheden zijn.

De voorzitter vindt dat inderdaad een voorbeeld waarbij er een andere discipline bij betrokken wordt.

Een ander vraagt zich af of in dit voorbeeld iemand die medicijnen heeft gestudeerd plotseling slimmer zou zijn in het

bedenken van een alternatief voor die stoel, dan een verpleegkundige die er de hele dag mee bezig is. Misschien is het goed om er een heel andere discipline bij te vragen.

De voorzitter herkent dat: een verpleeghuisarts heeft misschien meer ervaring met vrijheidsbeperking dan een huisarts. Een van de deelnemers stelt dat als er zo'n situatie komt er goed nagedacht moet worden over de vraag "wat doen wij met mensen". Als je iemand in een stoel zet om even van hem af te zijn, dan is dat wat anders dan wanneer je het doet omdat je weet dat hij er rustig van wordt. Dat zijn heel verschillende trajecten voor ogenschijnlijk dezelfde maatregelen. Dat soort zaken moet je van tevoren met elkaar doorspreken: de visie op de zorgverlening.

De voorzitter neemt aan dat dat vraagt om een goede afweging met een aantal disciplines. De vorige spreker beaamt dat, maar er moet wel een visie zijn. En vanuit die context kan die visie dan per situatie worden vastgelegd in het zorgplan en worden toegepast. De voorzitter is van mening dat spreker het dan heeft over een toepassingsbesluit en niet over de beleidsbeslissing waar zij het eerder over had (dus: vastleggen in zorgplan).

Geantwoord wordt dat het hoogste beleid afspraken kan maken; vervolgens kunnen er onderafdelingen gemaakt worden die die beslissingen nemen op elk niveau. Beslissingen van iemand van het laagste niveau moeten altijd op andere niveaus getoetst worden.

De voorzitter concludeert dat de beleidsbeslissing dan eigenlijk zegt hoe het moet gebeuren, maar dat in het uitvoeringsbesluit vastgelegd moet worden wie de beslissing mag nemen en onder welke voorwaarden. En aan wie hij moet terugrapporteren. En dat kan het in het ziekenhuis een andere route zijn dan in de thuiszorg, want de context is heel anders: de cliënt van de thuiszorg loopt heel lang mee, maar in een ziekenhuis is dat meestal niet zo.

#### *Stelling 3:*

Vooraf stelt de voorzitter vast dat deze stelling, bezien tegen het licht van de vorige stelling, eigenlijk niet kan. Anderen sluiten zich daarbij aan. Mevrouw Frederiks denkt dat deze stelling meer gaat over het moment waarop wordt getoetst, en de voorzitter constateert dat het dan gaat om een toepassingsbesluit. Dan kan ook vastgelegd worden in welke situatie er iemand geconsulteerd moet worden en in welke situatie je alleen kan beslissen.

Opgemerkt wordt dat het ook van andere zaken afhangt: iemand uit de thuiszorg die de hele dag hard geploeterd heeft past bij de laatste cliënt misschien eerder een vrijheidsbeperkende maatregel toe dan iemand die nog fris is. Een ander zegt dat daarom altijd toetsing achteraf nodig is.

Ook wordt gezegd dat er altijd een interpretatieverschil blijft. Het is misschien niet goed te praten, maar het is wel de realiteit. Alleen als dat niet signaleerd wordt, als je er niet op aangesproken wordt, dan gaat het fout.

(Druk geroezemoes)

De voorzitter vat samen dat gezegd is dat vooraf moet worden afgesproken of het nodig is dat er een collega geconsulteerd wordt, en in welke situatie dat nodig is. En er moet altijd achteraf toetsing plaatsvinden.

#### *Stelling 4:*

De eerste reactie luidt dat deze stelling niet juist is: in de instelling van spreker is men zeer creatief, maar wel moet men zich bewuster worden van wat men aan het doen is. Soms zijn mensen zelfs te creatief: een pink vastbinden o.i.d. De voorzitter vraagt of men dan niet creatief genoeg is vanwege een gebrek aan professionaliteit; de vorige spreker antwoordt dat je vastloopt bij eigen regelgeving. Hij kan zich niets voorstellen bij deze stelling.

Een ander denkt dat deze situatie eigenlijk uitgebreid besproken is. De kwaliteit van leven is belangrijk, en als de verpleging zegt "wij zijn Bopz dus ....", dan is dat fout, want het gaat om kwaliteit van leven, en dan moet het mogelijk zijn om iemand in zijn eigen woning te houden. Als zo iemand dan ondersteund wordt door een professionele begeleider, en de Inspectie zegt "nee, want binnen de wet is er vrijheid om de deur uit te gaan", dan is er geen sprake van gebrek aan creativiteit en professionaliteit, nee, het is juist het omgekeerde! (Hilariteit)

Iemand houdt een betoog (.....is niet te verstaan), en zegt dat er allerlei dingen niet mogen die wel zouden moeten mogen. Spreker denkt dat het juist van een professional (..... niet te verstaan), en wil daar een handvat in hebben.

De voorzitter vraagt of anderen dat herkennen, nl. of er binnen de ene instelling vaker vrijheidsbeperkingen worden toegepast dan in de andere omdat men daar een cultuur heeft van altijd op zoek gaan naar net niet het vrijheidsbeperkende maar zoeken naar een andere creatieve oplossing.

Iemand antwoordt dat dat heeft te maken met: er meer met elkaar over praten. Hoe ga je met vrijheid om? Hoe kun je vorm geven aan zo groot mogelijke vrijheid van mensen? Dan moet je creatief zijn, en soms betekent dat dat je bepaalde veiligheidszaken organiseert die beperkend zijn. Je moet als zorginstelling veel meer erbij betrokken worden. (Iemand vraagt: waarbij?) Betrokken worden op hoe de zorg gedefinieerd wordt en wat je eraan hebt gedaan om dat te verwezenlijken. Dat je niet vanuit een beheersstructuur tot maatregelen komt, maar dat je kijkt hoe je dat dagelijks leven kan verbeteren, en daarvoor is ondersteunend de methodiek als instrument, die je wel degelijk in een wettelijk kader kan inpassen. Je zou wel dingen moeten vastleggen, want vrijheid kan altijd misbruikt worden.

De voorzitter vraagt of spreker bedoelt dat de meeste instellingen zo creatief zijn dat ze vrijheidsbeperkingen alleen daar toepassen waar het ook echt nodig is, en spreker antwoordt dat de Kwaliteitswet wel gebruikt moet worden. En in een jaarverslag zeg je bijvoorbeeld "zo min mogelijk". In zijn eigen instelling is afgesproken dat bijvoorbeeld tweede banden zelden worden gebruikt.

Belangrijk is de zorg.

Iemand merkt op dat het niet verstandig is om je kinderen buiten te laten spelen als er geen hek om de tuin is, en de eerste spreker beaamt dat, echter, vanuit goede zorg moet je als principe hebben dat beperking in sommige gevallen ruimte biedt. Degenen die die ruimte niet aankunnen moeten daarbij geholpen worden.

Een andere aanwezige vindt dat je vooral heel bewust met zaken moet omgaan. Het gaat erom dat er een wettelijk kader komt, die die voorwaarden op papier zet. Doordat je daar een kader voor neerzet kun je het goed doen en heb je het er met elkaar over, en dat is dan je winst.

Iemand vraagt zich af hoe je de wet Wgbo zou kunnen verbinden met een nieuwe regeling. In bepaalde situaties kom je tot de conclusie dat ..... (niet verstaan) niet mag, omdat je daarmee iemand belemmert om weg te gaan maar een signaalband mag wél, en als de cliënt dan wegloopt pak je hem alsnog in de kraag. Dus: wetgeving in een tegengestelde positie moet je eruit zien te krijgen.

Een andere deelnemer stelt vast dat "de deur op slot" dan een beperkende maatregel zou zijn, maar "in de kraag vatten" niet.

De eerdere spreker geeft aan dat wat je ook doet in een zorgplan wordt vastgelegd. Dus het is in principe hetzelfde. Hoe ga je om met vrijheid, daar moet je naar kijken.

De ander vult aan dat je eigenlijk heel sluipend bezig bent als je creatief bezig bent buiten de wetgeving om.

De voorzitter denkt dat dat eigenlijk ook in een wettelijk kader ondervangen moet worden. Maar er is in ieder geval een zorgplan en er is toetsing.



#### *Stelling 5:*

Bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen moet altijd 24-uurs toezicht aanwezig zijn. Daarbij kunnen ook mantelzorgers betrokken worden.

Een van de aanwezigen wil onderscheid maken: zweedse banden is heel slecht voor iemand, een pilletje camoufleert de boel en je moet erbij blijven als iemand het inneemt.

De voorzitter denkt dat onderscheid mogelijk is in: sommige maatregelen nemen maar een bepaalde tijd in beslag en tijdens de toepassing ervan moet er toezicht aanwezig zijn.

Iemand noemt cameratoezicht, en de voorzitter vindt dat dat er ook onder valt: dan is er immers toezicht aan de andere kant van de camera. Maar het gaat erom of er toezicht is op veiligheid. Thuis doe je ook altijd de deur op slot. Mevrouw Frederiks wijst erop dat je er dan voor kiezen kan om er met de sleutel uit te gaan, en een van de anderen zegt dat in zijn gezinsvervangend tehuis mensen wonen die niet allemaal een sleutel hebben: en toch doe je 's nachts de deur op slot. Je bent dan zelf niet aanwezig, maar er is toezicht. De voorzitter kent een kleinschalige voorziening waar een slaapdienst is en waar zweedse banden worden toegepast. Iemand anders zegt dat je dan wel af en toe moet gaan kijken, en de voorzitter is het daarmee eens: je verbindt er dus voorwaarden aan.

(Onverstaanbaar gesprek over "bij hun ouders thuis").

Een spreker zegt dat je het protocol hebt waarin je regelt hoe dit soort zaken in hun werk gaan. Het zijn allemaal dingen die je doet terwijl het niet mag.

De voorzitter grijpt hierop terug naar de opmerking dat toezicht een voorwaarde is die gekoppeld wordt aan een bepaalde vorm van vrijheidsbeperking. De ene keer betekent dit dat je zoveel keer per nacht gaat kijken, de andere keer dat je erbij blijft tot het pilletje is ingenomen.

Iemand voegt hieraan toe dat je je ervan bewust moet zijn dat het risico's heeft, en een ander vult aan dat die risico's ook gecommuniceerd moeten worden.

Er wordt een voorbeeld genoemd: dat er een stoel wordt gebruikt waardoor de cliënt vastzit; dat wordt dan gedaan in overleg met de familie.

De voorzitter constateert dat er dan bewust een risico wordt genomen.

De stelling zoals hij hier staat vindt deze groep te algemeen: je moet het toezicht koppelen aan een vorm van vrijheidsbeperking en het goed van tevoren regelen.

#### *Stelling 6:*

Gebeurt dat in instellingen?

Iemand reageert inderdaad positief: bij hem wordt centraal geregistreerd. Het beleid is gebaseerd op Bopz-beleid, dat geldt voor de hele organisatie dus ook voor de niet Bopz afdelingen, dat er centraal geregistreerd wordt.

Volgens een ander zou het ziekenhuis voorstander moeten zijn van centrale registratie. Dan heb je een toets. Je kunt het ook in een kwalificatieverslag opnemen, maar ....

Een andere aanwezige wijst erop dat je in de thuissituatie te maken hebt met zaken die zo alledaags zijn dat het moeilijk te registreren is. Bepaalde zaken moet je registreren, bijvoorbeeld M&M.

De voorzitter vertelt dat zij wel een categorie "anders" heeft staan, en daar kom je af en toe heel gekke dingen tegen, waarvan het goed is dat dat even centraal wordt gesignaleerd; bijvoorbeeld dat er fietssleutels worden ingenomen omdat iemand niet weg mag met de fiets.

Een spreker vertelt dat zij in het zorgplan een hoofdstuk hebben "omgaan met vrijheid". Daar komen dat soort zaken allemaal aan de orde. Dat komt dus ook terug in het centrale registratiesysteem. Het is veel breder gemaakt.

De voorzitter vertelt dat bij haar in de instelling altijd discussie is: wat is wel of niet vrijheidsbeperkend, bijvoorbeeld de rolstoel op de rem zetten.

Iemand denkt dat het afhangt van wat je erbij rekent. Als je iets gaat registreren schept je altijd een grens. Maar mensen willen niet registreren dus die grens schuift op. Als je een steekproef neemt vang je alles.

De voorzitter stelt vast dat de groep centrale registratie zeker zinvol vindt.

#### *Stelling 7:*

Iemand zegt dat dat onzin is. Men is "terzake wilsonbekwaam".

De voorzitter merkt op dat op het moment dat vrijheidsbeperkende maatregelen worden opgelegd iemand daar toestemming voor moet geven, en het is de vraag of de behandelaar dat kan of de vertegenwoordiger.

(Er volgt een lang betoog dat niet is te verstaan.)

Het is in ieder geval niet zinvol om het eenmalig bij de intake te doen, want mensen veranderen.

(Er worden veel voorbeelden genoemd en hard gelachen.)

Hierop sluit de voorzitter de bijeenkomst.

### **3. Discussie groep 2, onder leiding van Jan Hein Zeijlstra**

(Verslag is gemaakt vanaf de band.)

Aan de discussie nemen deel:

Margot Beneken, beleidsmedewerker St. Paus Johannes XXIII (vg);

Tineke Bosma, Thuiszorg Groningen;

Angelique Dijkgraaf, Ned. Ver. v. Artsen voor Verstandelijk gehandicapten;

Charlotte Grezel, Wetgevingsafdeling VWS;

Mw. De Jong, St. Philadelphia Zorg (kleinschalig vg);

Jannie Speksnijder, Inspectie: IGZ Regio Noordwest;

A. Tamminga, afdelingshoofd Neurologie, ziekenhuis Assen;

Jan Hein Zeijlstra, beleidsmedewerker Ver. Gehandicaptenzorg Ned. (voorzitter).

Reactie op de presentatie van de heer Arends

Mevrouw Bosma, thuiszorg Groningen, vond het opvallend dat het percentage huisartsen dat sedatie voorschrijft zo hoog is; als medewerker van de thuiszorg probeert zij dat toch heel goed na te gaan.

De heer Zeijlstra herkent dat voor wat betreft de vgz: ook daar levert de inzet van huisartsen verschillende ideeën op. Sommige huisartsen verwijzen je gewoon naar je eigen instelling, "wij hebben het al druk genoeg". Een aantal huisart-

sen is geneesheer-directeur en wil zich die rol niet direct toe-eigenen. De positie van de huisarts moet straks bij de plenaire discussie even meegenomen worden.

Een vertegenwoordigster van de intramurale sector merkt op dat daar veel meer op deze wijze wordt gedacht: daar is het wat enger omschreven, en daar wordt zelden medicatie onder dwang gegeven. Verder is zij van mening dat dit onderzoek bevestigt wat ook door andere onderzoeken al is vastgesteld.

Mevrouw Schuite van VWS wijst erop dat heel veel onderzoeken, die tot nu toe zijn gedaan, gingen over de intramurale sector. Alleen een onderzoek uit 1997 heeft extramuraal een en ander onderzocht dat niet zo uitgebreid was als dit. Er is een enorme roep om een ander kader, en daarom moet het ministerie weten waar dat bij moet aansluiten.

De eerdere spreekster antwoordt dat het probleem niet nieuw is, en de conclusies ook niet.

De voorzitter meent dat het ook tijd nodig heeft gehad dat men zich realiseerde dat men vrijheidsbeperkende maatregelen toepaste. Bij de invoering van de Bopz is het toch wel een groot goed geweest, dat men daarover begon na te denken.

Mevrouw A. vindt het heel intrigerend dat medicatie wordt gezien als vrijheidsbeperking. Dat behoeft een nuancering. Maar misschien valt dat wel onder stelling 10; het doel van medicatie moet meegenomen worden. Want wanneer een verstandelijk gehandicapte in een psychose een medicatie krijgt toegediend om uit die psychose te raken heeft dat niets met zijn verstandelijke handicap te maken, en dat zou spreekster ook niet "vrijheidsbeperkend" willen noemen. Met die uitkomst van het onderzoek heeft zij moeite.

De voorzitter signaleert dat er veel vragen over medicatie worden gesteld, terwijl het heel veel wordt toegepast om mensen rustig te krijgen etc. Net als het belmatje, dat valt er ook onder. In oktober is daar ook een discussie over geweest, bijvoorbeeld over het feit dat in huizen die aan de straat liggen de deur moet worden afgesloten om ongelukken te voorkomen. Is dat nou vrijheidsbeperking in de zin van de Bopz of is dat net als wanneer je kleine kinderen hebt? Mevrouw A. wijst erop dat er meerdere mensen in huis wonen, en dat anderen ook worden beperkt als voor één persoon de deur op slot moet; voor hen valt het dus wél onder vrijheidsbeperking.

Een medewerkster van het ziekenhuis merkt op dat er in het ziekenhuis erg makkelijk medicatie wordt gebruikt, onder het mom van behandeling: Haldol bijvoorbeeld, en slaaptabletten. Is dat behandeling of is dat om je er makkelijk vanaf te maken?

Een ander stelt vast dat het dus gaat om het doel van de medicatie, en de medewerkster van het ziekenhuis wijst erop wie eigenlijk bepaalt of iemand vrijheidsbeperkende maatregelen opgelegd krijgt: dat is niet de specialist, maar dat is de verpleging. Je praat er wel met hem over, maar je vraagt niet eens of de patiënt het wel wil hebben, voor de nacht, nee, de verpleging vindt dat nodig.

De voorzitter denkt dat in wezen voor elke medische behandeling toestemming gevraagd moet worden van de patiënt.

Iemand merkt op dat dat in de vgz anders ligt dan in andere settings, en een ander geeft aan dat het in de psychiatrie natuurlijk ook gebeurt. Maar het doel van de handeling moet heel duidelijk zijn.

Mevrouw Speksnijder van de Inspectie denkt dat het effect op de patiënt doorslaggevend is, dus zodra iemand het als vrijheidsbeperkend ervaart. Wat valt er nu onder en wat niet? Dat is ook voor de Inspectie vaak een worsteling; er komen steeds betere technieken, waardoor zwaardere ingrepen niet meer nodig zijn. Maar het ligt er volgens spreekster echt aan wanneer de patiënt het als beperkend ervaart. Net als dat bedhek: heel veel mensen vinden dat prettig, om zich aan op te trekken of om er niet uit te vallen; dat moet dus goed vastgelegd worden, en dat is met medicatie precies hetzelfde.

Mevrouw Schuite van VWS stelt dat het omschrijven van wilsonbekwaamheid al moeilijk is, laat staan dit vast te leggen, als iemand zich niet duidelijk kan uiten. Dan kun je niet vaststellen of iemand het als vrijheidsbeperking ervaart.

De voorzitter denkt dat ook meetelt wat je er zelf van vindt: als hij iemand in de separeer opsluit voor een dag is dat natuurlijk vrijheidsbeperking, maar iemand even afzonderen op zijn eigen slaapkamer met de deur op slot, om rustig te worden? Sommigen vinden dat vrijheidsbeperking, anderen niet, maar het gaat wel verder dan bedhekken en bedmatjes. Sommigen vinden het overdreven om daar formuleren voor in te vullen. Er mag eigenlijk niets. Vaak moeten kamers gewoon 's nachts op slot, met een lampje etc., voor de eigen veiligheid. Overdag zijn ze dan vrij. In een ziekenhuis is dat anders omdat er dag en nacht mensen rondlopen, maar in de vgz is dat niet.

Een van de aanwezigen vraagt of het gaat om "crisisituatie of niet". Dat is ook een onderscheid. Dat is niet zozeer uit het stuk te halen, maar je kunt dan niet anders dan zo'n persoon opsluiten. Dat zul je dan best op een verantwoorde manier doen, met protocol, maar je moet wel handelen.

Een ander stelt dat dat nu net de situaties zijn die duidelijk zijn. Daar heeft niemand discussie over. Maar die grensgevallen zijn lastig; bij noodsituaties is de aanleiding duidelijk. Maar het zijn net die kleine dingetjes: waar ligt dan de grens? Kamer afsluiten, vastbinden, medicijnen geven die iemand suf maken.

Een gespreksdeelnemster vertelt dat zij afsluitbare kamers hebben op de afdeling en dat dat ook nodig is. Ook met vgz kan zij zich voorstellen dat het nodig is.

De voorzitter merkt op dat er in gezinsvervangende tehuizen nog meer mensen zijn, maar volgens de Inspectie mag je niet zomaar een huis binnengaan.

Mevrouw Speksnijder van de Inspectie wijst op artikel 63 van de Bopz, die ruimte geeft aan de Inspectie om binnen te gaan bij geestelijk gestoorden. Waar zij zich ook bevinden.

De voorzitter vraagt of dit artikel de groep verstandelijk gehandicapten dan ook in de in van geestelijk gestoorde beschouwt, waarop mevrouw Speksnijder antwoordt dat het gebeurt bij ernstige verwaarlozing, niet van de persoon zelf maar van een tweede persoon (een moeder die een kind ernstig verwaarloost etc.); zodra iemand buiten komt kun je hem pakken, maar als iemand niet naar buiten komt niet.

De voorzitter stelt dat in de WVG is ingebouwd dat je ruimtes kunt inbouwen in een huis waar gehandicapten wonen die je mag afzonderen: je kan daar zelfs subsidie voor krijgen.

Een ander ziet als nadeel daarvan dat zo'n ruimte dan geluiddicht is en je dan helemaal niet meer weet wat er gebeurt.

Mevrouw Speksnijder zou wensen dat de ruimtes die gebruikt worden voor afzondering zouden voldoen aan de eisen. Te vaak heeft de Inspectie mensen in verbouwde bezemkasten e.d. aangetroffen. Afzonderingsruimtes moeten voldoen aan de eis dat men kan communiceren.

Iemand merkt op dat de andere kant is dat een ouder met een gehandicapt kind van de gemeente subsidie krijgt om een geluiddichte ruimte te hebben zodat de burens er geen last van hebben, maar inderdaad: niemand weet dan meer wat er in die ruimte gebeurt.

De voorzitter stelt voor de stellingen te bespreken.

#### *Stelling 10:*

De voorzitter concludeert dat al gesproken is over de vraag “waar ligt de grens” en over de werking van medicatie. Mevrouw Speksnijder van de Inspectie denkt dat het goed geregeld is: het mag namelijk niet zonder juridische schade. In de grondwet staan daarover 4 of 5 artikelen, dus het is feitelijk goed geregeld, alleen: er wordt van afgeweken. En daar moet iets aan gedaan worden.

Een van de aanwezigen vraagt zich af of medicatie altijd als vrijheidsbeperking gezien moet worden, en een ander merkt op dat je met juridisch gezeur ook heel veel zaken kunt doodslaan. In aansluiting op wat mevrouw Schuite zei: wat je ook wilt, het moet uitvoerbaar en handhaafbaar zijn. Wat wordt verstaan onder vrijheidsbeperkende middelen: in het algemeen als het iets is dat zo ongrijpbaar is dat je het niet kunt toetsen is sprekers mening dat je dat niet moet willen regelen. Iemand reageert met de opmerking dat je ook niet alles kunt regelen.

De voorzitter concludeert dat van alle zaken dan goed bekeken moet worden of ze eronder vallen of niet.

#### *Stelling 9:*

De voorzitter denkt dat het de bedoeling is dat een patiënt medicatie krijgt om beter te worden, maar bij die Haldol vraagt mevrouw Schuite het zich af.

Een ander wijst op de doelgroep die hier aan de orde is: zij krijgen andere medicatie; sederende medicatie is niet bedoeld om hen beter te maken maar om ze onder de duim te houden.

Mevrouw Schuite vraagt haar of zij dat ziet als vrijheidsbeperking, en spreker antwoordt dat dat nog niet zo bewust gezien wordt. Dat zou wel zo kunnen zijn als de mensen daarvan bewust worden. Die bewustwording moet beter zijn. Je geeft namelijk Haldol omdat zo'n patiënt anders lastig is. Wat in haar werksituatie wordt gedaan is: zo snel mogelijk overplaatsen naar hun oorspronkelijke situatie, of naar een setting waar wel maatregelen genomen kunnen worden zoals de deur op slot. Spreker denkt dat deze doelgroep geen expliciete toestemming kan geven. Je kunt natuurlijk toestemming vragen aan de vertegenwoordiger, maar daar zitten ook nadelen aan.

De voorzitter denkt dat van toestemming geen sprake is.

Spreker vervolgt dat bij fysieke maatregelen vaak wel toestemming wordt gevraagd als je al problemen ziet bij de opname, maar medicatie wordt vaak niet gezien als vrijheidsbeperkend, en daarom vraagt men daar geen toestemming voor. Eigenlijk zouden specialisten daar bewuster mee moeten omgaan.

Een ander zegt deze stelling te kunnen onderschrijven als “expliciete toestemming” wordt aangevuld met “of expliciete vervangende toestemming”.

(Druk geroezemoes)

De voorzitter denkt dat vooral van belang is de opmerking dat men zich dat bewust moet zijn: ben je je eigenlijk wel bewust dat die medicatie een vrijheidsbeperkende maatregel is.

#### *Stelling 8:*

Een gespreksdeelnemer stelt dat daar waar niet met elkaar over gesproken is er heel veel onduidelijkheid bestaat. Dan vinden de verpleegkundigen het niet nodig en de huisarts wel, of de familie heeft het al met de huisarts geregeld: het is nodig dat goed op elkaar af te stemmen zodat er consensus is.

Een ander vraagt of dat ook geldt voor de settings waar een huisarts bij betrokken is, en spreker antwoordt dat zij de thuiszorg erbuiten laat, maar het zou goed zijn dat de huisarts het altijd bespreekt met meerdere hulpverleners.

Gevraagd wordt wat te doen als er geen hulpverleners bij zijn, zou hij dan iemand moeten consulteren?

Spreker denkt van niet: dan heeft hij er vaak de mantelzorger bij nodig.

Mevrouw Schuite van VWS vraagt aan wat voor soort vrijheidsbeperkende maatregelen zij moet denken als dit soort dingen wordt besproken met de familie, en de vertegenwoordigster van de thuiszorg noemt het afsluiten van deuren. Zweedse banden worden niet in de thuiszorg gebruikt, evenmin als dwanglakens of verpleegdekens.

Mevrouw Schuite vraagt of dat opsluiten vaak gebeurt, maar spreker antwoordt dat dat steeds minder het geval is: er zijn ook andere mogelijkheden. Maar wat betreft deuren op slot: in de thuissituatie doe je heel snel de deur dicht, maar dat is niet altijd een veilige plek. Je komt dat overeen met de mantelzorger.

Mevrouw Schuite stelt vast dat er dan wel iemand wordt opgesloten, met consensus van de vertegenwoordiger. Het zou in de zin van de Wet Bopz geen M&M zijn maar het is wel een vrijheidsbeperking in de zin van de grondwet.

De voorzitter denkt dat het hier gaat over een vrijheidsbeperking in een situatie waarin dat niet mag. Dat is het uitgangspunt.

Mevrouw van de thuiszorg antwoordt dat niemand het prettig vindt om deuren af te sluiten. Maar soms kun je ook niet binnenkomen bij mensen, omdat ze alleen in huis zijn en niet in staat zijn om de deur open te doen.

Hierop merkt de voorzitter op dat sommige mensen zeven grendels op hun deur hebben, waardoor er niemand kan binnenkomen als er iets aan de hand is.

Mevrouw Speksnijder van de Inspectie is vooral van mening dat besluitvorming helder moet zijn, en wie dat besluit neemt maakt dan niet zoveel uit. Wie de verantwoordelijkheid neemt voor een beslissing blijft eigenlijk een beetje in het vage, en kijkend naar een verzorgingshuis: daar is gewoon sowieso de afspraak vanuit het verleden gemaakt dat de huisarts in ieder geval betrokken moet zijn bij de besluitvorming, en het besluit moet nemen juist om te voorkomen dat iedere willekeurige verzorger daar eigen regels voor heeft. En ook familie: je moet niet onderschatten hoe vaak familie wil dat iemand in zijn vrijheid beperkt wordt, of dat nu de deur dicht is, of vastzetten of wat dan ook. Want zij hebben het idee dat daarmee het risico vermindert, maar dat is natuurlijk niet altijd zo.

Opgemerkt wordt dat mishandeling daar dicht bij in de buurt zit.

De voorzitter beaamt dat: ook schending van de privacy. De familie wil dat alles op slot gaat terwijl dan juist bij het toilet het slot eraf gehaald moet worden zodat mensen zich niet kunnen opsluiten.

#### *Stelling 7:*

De voorzitter vertelt van een onderzoek dat een aantal jaar geleden in Philadelphia werd gehouden en waaruit naar voren kwam hoe moeilijk het is om iemands wilsonbekwaamheid te bepalen.

Een van de aanwezigen vraagt hoe dat vast te stellen is, en waarom: in de Bopz gaat het erom dat je overziet wat de gevolgen zijn van je handelen.

(Iedereen praat tegelijk)

Een van de gespreksdeelnemers stelt dat iemand niet zomaar altijd wilsonbekwaam is. Dat is per situatie verschillend.

De voorzitter antwoordt dat dat ook per situatie is aangegeven. Vaak wordt iemand onder curatele gesteld, onder druk van de familie (omdat hij dingen koopt die hij niet mag kopen), en is hij dus wilsonbekwaam om wetshandelingen uit te voeren. Dat is een heel moeilijke vraag.

Een ander vindt ook “het niet kunnen overzien” een punt: daar zitten heel veel gradaties in. Van het “echt niet snappen” tot en met “alleen details niet snappen”.

Gesteld wordt dat bij de intake nog helemaal niet te zien is of iemand wilsonbekwaam is, want een trauma of operatie

kan daar verandering in aanbrengen.

Mevrouw Speksnijder van de Inspectie vindt een van de mooie dingen van de Bopz dat deze wet onderscheid maakt tussen verschillende vormen van verzet, en of hij dan wel of niet wilsbekwaam is doet niet terzake, maar als iemand het niet wil, verbaal of non-verbaal, dan is dat een uiting dat hij het er niet mee eens is. Dan kun je het hele probleem van de wilsonbekwaamheid omzeilen als je daar iets meer aandacht aan besteedt. Spreekster denkt dat het mogelijkheden biedt als dat begrip iets meer wordt uitgewerkt en als het wordt betrokken bij dat moeilijke begrip wilsonbekwaamheid. Zelf denkt zij: misschien moet er iets meer gekeken worden in hoeverre dat probleem meer handen en voeten kan krijgen. Je kunt het ene moment wilsbekwaam zijn en het volgende moment totaal niet.

Een ander merkt op dat het antwoord op die stelling relevant is voor zover je iets wil met die wilsonbekwaamheid, maar als het niet relevant is, bijvoorbeeld als je kijkt naar de uiting van de patiënt, dan heb je die wilsonbekwaamheid nauwelijks nodig.

Mevrouw Schuite van VWS kan zich daarbij aansluiten; maar het wordt wel genoemd als iets van belang als je kijkt naar toestemmingsvereiste. Dat is het punt. Als het inderdaad zo moeilijk vast te leggen is dat dit geen criterium meer moet zijn, dan zou die hele toestemmingsvereiste anders moeten worden ingekleed.

De voorzitter stelt de vraag wat toestemming eigenlijk is: voor medische handelingen is het dus eigenlijk helemaal niet duidelijk dat iemand toestemming geeft. Meestal wordt er vrij stilzwijgend toegestemd; denk aan de tandarts die een gat gaat boren. Niemand weigert dat.

Mevrouw Schuite van VWS denkt dat dat komt omdat hier in Nederland de gezondheidszorg nog niet zo gevat is in procedures. Als je kijkt naar Amerika: daar moet je voor elk wisselwasje je handtekening zetten voordat er iets gebeurt. En als je iets niet wilt moet je daar ook je handtekening voor zetten, nl. dat je ervan af wilt zien, en de desbetreffende hulpverlener dus niet aansprakelijk stelt voor eventuele schade. Het nadeel is de bureaucratie, maar het voordeel is dat je duidelijkheid hebt.

Mevrouw Speksnijder van de Inspectie denkt dat men in de sectoren die niet vallen onder de Bopz daar het verst in is, omdat zij toch meer geleerd hebben om daarover na te denken, en daar ook handen en voeten aan te geven. Dus in de vgz moet je aangepast aan het niveau van de gehandicapte informatie verstrekken; er zijn verpleeghuizen die erg ver gaan in het betrekken van de demente ouderen bij de bespreking van het eigen zorgplan (daar zitten ook weer andere uitersten aan), en er zijn verpleeghuizen die per definitie iedereen als wilsonbekwaam beschouwen. Als het gaat om uitvoering geven aan dat punt - want in de Wgbo staat dat het voor iedereen geldt - dan denkt spreekster dat men in die sector het verst is.

De voorzitter herinnert aan wat de heer Arends zei, nl. dat een groot deel van die vrijheidsbeperkende maatregelen vast zit in de Wgbo als uitvoering van zorgplannen etc.: op papier is dat wel leuk maar in de praktijk is dat een heel ander verhaal. En misschien dat je daar dan kunt aangeven wanneer je het niet wilt. Dan krijg je het over toestemming en zou je een andere definiëring moeten zoeken. Dan kom je ook weer terecht bij stelling 8, 9 en 10, en daar zou je dan over kunnen nadenken.

Iemand antwoordt dat je dan haast ook iets moet doen daarin met de Wgbo, want daar is dat veel minder goed in geregeld.

De voorzitter wijst erop dat er ook een nee-handeling is: zij geven geen toestemming, ze doen het.

Een ander noemt als voorbeeld de verstandelijk gehandicapte die bij de tandarts zijn mond dichtklapt. Kun je dan zeggen: hij is wilsonbekwaam? Dan kom je toch een beetje meer in een Wgbo-situatie dan in een Bopz-situatie.

Mevrouw Schuite van VWS stelt dat het dan gaat om somatisch handelen. Maar als het om niet-somatisch handelen gaat, dan wordt het moeilijker. Gaat het om vrijheidsbeperkende maatregelen toepassen, los van de medische handeling, dan kom je met de Wgbo ook weer nergens uit. Daar is discussie over.

De voorzitter vult aan dat er ook discussie is over als de deur dicht gaat. Of laat je het dan aankomen op verzet?

Mevrouw Speksnijder van de Inspectie stelt dat de Wgbo in simpele bewoordingen heel elementaire zaken aandraagt, zoals het geven van informatie. In woorden die iedereen kan begrijpen. Alleen het is wenselijk dat het overal zo ging, want met het informatie geven gaat het vaak fout, dat er over mensen heen besloten wordt. Je moet wel meer uitdenken: wat ga je doen als iemand zich verzet? Dat zou je meer moeten uitleggen.

Mevrouw Schuite van VWS merkt op dat bij de Bopz natuurlijk het uitgangspunt was "mensen die iets geestelijk mankeren", waarbij het erom gaat om dan toch nog te proberen om daar zoveel mogelijk overeenstemming in voor elkaar te krijgen. Ook bij voorlichting over die wet is dat steeds het streven van het ministerie, vandaar dat er steeds meer instellingen komen die proberen zoveel mogelijk met de patiënt zelf afgestemd te krijgen. Maar bij de Wgbo is dat natuurlijk een heel ander verhaal, want daar was de insteek bij voorbaat al anders: het ging om de grote groep patiënten die toch geacht worden voor hun eigen zaken te kunnen opkomen. En als iemand dan wat minder verstandelijk vermogend is wordt gezegd "laat maar, we praten wel met de ouders" of er wordt gewoon niet gepraat.

#### *Stelling 6:*

Een van de aanwezigen zegt dit wel een goede suggestie te vinden. Er zijn immers juist heel veel instellingen of ziekenhuizen – wat ook uit het onderzoek blijkt – waar personeelstekort is en dus gebrek aan toezicht. Dan kom je weer op dat doel: dan kun je daar ook maatregelen op nemen als je dat centraal registreert, want tot nog toe is het per individu.

Mevrouw Schuite van VWS licht toe dat het er dan om gaat dat elke toepassing geregistreerd moet worden, dus niet alleen de toepassing waar geen toestemming voor is en waar verzet tegen is, maar: elke toepassing.

De voorzitter stelt een voorwaarde: mits er ook iets mee wordt gedaan. Want vaak komt de vraag uit gezinsvervangende tehuizen die iets willen toepassen, ze weten dat het niet mag, maar ze willen het zorgvuldig doen en sturen heel keurig de formulieren op. Dan krijgen ze die formulieren terug, en spreker krijgt dan dus een gefrustreerde coördinator aan de telefoon.

Mevrouw Schuite van VWS merkt op dat dat gaat over meldingen. Maar zij bedoelt registratie, en dat kan ook voor intern belangrijk zijn.

Mevrouw Speksnijder van de Inspectie denkt dat het veel breder geformuleerd moet worden. Eerst moet helder zijn hoe je tot besluitvorming over vrijheidsbeperkende maatregelen komt, en dan uiteindelijk de werkwijze en hoe je dat doet en of je dat via registratie doet (waarbij het een onderdeel is van interne kwaliteitsbewaking). In een aantal situaties zal dan nog gemeld moeten worden naar een hoger orgaan als de Inspectie, maar niet in het wilde weg registreren.

Mevrouw Schuite van VWS was twee weken geleden in een instelling voor vgz waar alles wordt geregistreerd. Dat hoeft niet, maar zij doen het alleen om hun eigen beleid en procedures continu te monitoren en aan te passen.

Mevrouw Speksnijder van de Inspectie vindt dat het juist daarom onderdeel moet zijn van de kwaliteitsbewaking.

Mevrouw Schuite kan zich daarin vinden, maar het is los van de besluitvormingsprocedure. Althans: de besluitvormingsprocedure vaststellen gaat niet per definitie vooraf aan het registreren, nee, het is een interactie met elkaar, en aan de hand van wat ze constateren moet er misschien in de procedures iets aangepast worden.

Gevraagd wordt of dat niet als een heel bureaucratisch systeem wordt ervaren.

(Iedereen praat tegelijk)

Mevrouw Speksnijder van de Inspectie antwoordt dat het juist frustrerend wordt als je nooit iets terughoort over wat je registreert. Maar omdat zij het idee hebben dat er iets wordt gedaan met die gegevens loopt het beter.

Mevrouw Schuite vertelt dat dat bij de mensen die uit de inzendingen zijn geïnterviewd eenmaal in de zoveel tijd werd teruggekoppeld: waar de pieken zaten, waar de dalen zaten, proberen te analyseren waar het vandaan komt. Soms hebben ze er de balen van als er veel crises op een dag gebeuren, als iemand drie keer op een dag wordt afgezonderd en dat drie keer geregistreerd moet worden, maar ze zagen ook het nut ervan in. En naarmate ze het meer gebruikten werd het als minder bureaucratisch ervaren.

Iemand reageert met de opmerking dat dat alleen gebeurt als het gaat om vrijheidsbeperkende maatregelen. Want je kunt het ook oprekken, bijvoorbeeld naar de registratie van de fodo's (fouten, ongelukken etc.).

Dat is mevrouw Schuite niet bekend. Mevrouw vervolgt dat zij doelt op incidenten waar iets tegen de wil van de cliënt gebeurt, en dat hij daarover gaat klagen.

De voorzitter concludeert dat de groep het dus in principe eens is met stelling 6, mits er ook wat mee gedaan wordt, met name dat je daar een beleid op kunt zetten. Dat is een belangrijk punt, want dan ben je voor de Inspectie ook een gesprekspartner.

De voorzitter constateert dat er nog 5 officiële minuten resteren, en hij vraagt of iemand nog heel vluchtig iets kwijt wil over de bovenste 5 stellingen (stelling 1 en 7 lijken erg op elkaar).

Een van de aanwezigen vindt stelling 3 (iedere hulpverlener mag zelfstandig beslissen over het toepassen van vrijheidsbeperkingen) wel wat kort door de bocht. Iedere hulpverlener: wie is dat? In principe kun je zeggen: als hulpverlener mag je het altijd zelfstandig doen. Spreekster denkt dat dat soort beperkingen dusdanig ver gaat dat het altijd in een MDO tot een besluit moet komen.

Mevrouw Schuite van VWS stelt dat het eigenlijk niet ging om een besluit, want dat is stelling 2. Het ging bij 3 om de uitvoering, de toepassing.

Volgens de voorzitter ging het juist om het beslissen, al ligt dat vrij dicht bij elkaar.

Mevrouw Schuite is er zeker van dat het ging om het opnemen van een maatregel in een zorgplan.

Een van de aanwezigen vraagt zich af of je altijd in staat bent om iemand te consulteren, en er wordt geantwoord dat dat in hevige noodsituaties niet het geval is. Dan kan altijd daarna nog een collega geconsulteerd worden, of een andere verantwoordelijke, met de vraag: moet het nu doorgaan op dit moment. En: hoe moet het dan verder?

Iemand vraagt zich af of dat met deskundigheidsniveau te maken heeft.

Mevrouw Dijkgraaf, arts, denkt van wel, en ook met het afwegen van risico's. Niet in iedere situatie kan iedereen die afweging maken; spreekster gruwt van mensen met epilepsie in zweedse banden, maar het gebeurt.

Mevrouw Speksnijder van de Inspectie denkt dat er een soort toevoeging kan komen binnen zijn professionaliteit afhankelijk van de situatie. Er is een aantal situaties waarbij gewoon ingegrepen moet worden; daar moet je iets doen. Dat is heel vaak bij de zaak waar nu over gesproken wordt niet aan de orde; het maakt niet uit wie het doet maar iemand moet zijn professionele grenzen bewust zijn. En inderdaad, zweedse banden zijn voor iemand met epilepsie erg slecht.

De voorzitter denkt dat het juist geldt voor die situaties waar tevoren breed over nagedacht is. Dat mensen vrij snel weten: "er is over gesproken om het zo en zo te doen, iemand tien minuten vastbinden en dan in die tijd een collega waarschuwen om te overleggen", want in de situatie zoals die zojuist werd genoemd gaat het als volgt: een verpleegkundige vindt het nodig dat iemand die middelen krijgt en als de arts die handtekening zet, dan zal hij toch wel even kijken wat hij doet.

Iemand wijst erop dat tegen de tijd dat het donker wordt mensen onrustig worden. Nog heel vaak komt het voor dat je zelf mag kiezen hoeveel medicatie je geeft, en dan sta je daar, als verpleegkundige. Dan praat je er dus met een collega over, maar spreekster kan zich voorstellen dat het moeilijker is om in de thuiszorg dat soort beslissingen te nemen. Dan zou het in het behandelingsplan moeten staan. Ook de grens moet heel duidelijk aangegeven worden, criteria, wanneer wel en wanneer niet. En ook de termijn. Als je het 's avonds doet, wat doe je dan de volgende dag, en dat soort zaken.

Een van de gespreksdeelnemers vertelt dat het in de vgz over het algemeen zo is dat het afgesproken is in een zorgplan. In haar eigen werk wordt er veel samengewerkt met huisartsen, waarbij de afspraak is dat bij TRAXX-problemen de agv, de arts voor verstandelijk gehandicapten, het op zich neemt. Dat loopt ook redelijk: er is altijd een agv die dienst heeft.

Mevrouw Dijkgraaf, arts, heeft in al die stellingen één aspect gemist, nl. het risico bij het toepassen van vrijheidsbeperkingen. De schijn is namelijk dat zweedse banden, bedhekken, etc. veilig zijn, maar die brengen tegelijkertijd risico's met zich mee. Als mensen onrustig zijn moet een bedhek niet omhoog: ze klauteren er overheen en vallen dan nog dieper naar beneden. Spreekster vindt dat eigenlijk een van de aspecten die een beetje onderbelicht worden bij al deze zaken: deze risico's kom je nergens tegen. Je hebt professionaliteit nodig voor zweedse banden. Met een zekere regelmaat overlijdt er iemand doordat hij zich aan de zweedse banden heeft opgehangen.

De voorzitter legt een link naar het rapport van de Inspectie.

Mevrouw Speksnijder van de Inspectie beaamt dat er verschillende onderzoeken zijn gedaan naar bedhekken e.d.

De voorzitter wijst op het belang van scharen: er moet ergens een schaar hangen om zonnig tijdig de zweedse banden te kunnen doorknippen.

Mevrouw Dijkgraaf, arts, wijst erop dat het opsluiten van mensen in thuiszorginstellingen enorm gevaarlijke situaties kan opleveren. Spreekster zegt dan soms tegen de familieleden: weet welke risico's je loopt. Als moeder erg onrustig is en alles uit de kast trekt om te ontsnappen, dan is het gevaar veel groter. Dat is iets wat niet altijd in de overwegingen wordt meegenomen.

Een ander vindt dat daarom dit soort zaken ook besproken moet worden, om ook met elkaar de risico's vast te leggen. Dan kun je al die aspecten meenemen.

De voorzitter vertelt vanuit semi-murale setting dat je juist door die aparte woningen de situatie krijgt dat hulpverleners alleen zijn en tussen de huizen pendelen. Dan moeten ze een collega bellen om te vragen even mee te kijken. Ook is de huisarts niet altijd ter beschikking. Soms gaan de burens bellen: "ze maken wel erg veel lawaai, gaat het wel goed daar?"

Een van de aanwezigen vertelt dat dat voor haar een van de grootste problemen is: de stichting omvat een regio tussen Nijmegen, Venlo en Veghel, en het is wel heel ingewikkeld om daar dan handen en voeten aan te geven. Je zou willen dat je bij een telefoontje even kon gaan kijken, maar dat kan niet. Dat werkt dus niet goed.

De voorzitter ziet dat zelfde probleem bij thuisituaties.

Spreekster vervolgt dat ook het waarnemen van huisartsen soms problemen oplevert: er is niet altijd een huisarts aanwezig.  
De voorzitter stelt vast dat de huisarts inderdaad vaak op afstand zit. En als hij dan komt moet hij eerst de hulpverlener zelf opzoeken. Dat is de praktijk. In de grote steden is dat makkelijker, maar in die grote landelijke gebieden is het een probleem.

Mevrouw Dijkgraaf, arts, noemt nog een ander belangrijk aspect: voor wie doe je het? Want in sommige verpleeghuizen vindt fixatie slechts zeer zelden plaats, en gebleken is dat er dan niet meer sprake is van heupfracturen dan in verpleeghuizen waar wél veel wordt gefixeerd. Dus voor wie doe je de vrijheidsbeperking: voor jezelf, of voor anderen? De niet-Bopz instellingen kunnen daarin veel leren van de wel-Bopz instellingen, want zij hebben het hele traject al gehad om daarover met elkaar te praten. Er zijn grote verschillen, er zijn huizen die het blijkbaar op een andere manier kunnen, zonder dat daar grote risico's mee gelopen worden.

#### *Tot slot*

De voorzitter rondt de discussie af met de vraag of men van oordeel is dat er een wettelijke regeling moet komen of dat het zo wel gaat, met de Bopz als voorbeeld. Dat komt straks ter discussie.

Iemand merkt op dat het voor de thuiszorg beter beschreven zou moeten worden, als richtlijn waaraan je moet denken. Een ander geeft aan dat bij haar in het semimurale systeem men er helemaal niet op ingericht is om Bopz-achtige dingen te doen. Maar er is natuurlijk een grijs gebied. Je wilt wel dat het op de een of andere manier zorgvuldig geregeld wordt. Misschien is meer bewustwording nodig.

Mevrouw Schuite sluit zich daarbij aan: bewustwording is nodig, zodat je het meer kunt toetsen, want nu toets je het ook nergens aan.

Hierop sluit de voorzitter deze workshopsessie.

#### **4. Discussie groep 3, onder leiding van José Pattiwael**

(Verslag is gemaakt vanaf de band)

Aan de discussie nemen deel:

De heer Sam Domna, Gemiva – SVG groep (vg), Schoonhoven

Mevrouw Christine Hoegen, branchevereniging Arcares

Mevrouw Henny Janssen, De Compaan, Zoetermeer (vg)

Mevrouw Anja Jonkers, beleidsmedewerker VWS

De heer P.J.M. Konings, Zorggroep Thuis, Maastricht (thuiszorg)

Mevrouw Elly Scholten, ziekenverzorger St. Elisabethziekenhuis, Tilburg

Mevrouw Sabine Uitslag, leidinggevende bij Zorgexpertisecentrum ZOZIJN (vg)

Mevrouw José Pattiwael, VWS (voorzitter)

Nadere informatie deelnemers:

Mevrouw Uitslag van Zozijn (vg) geeft als manager leiding aan artsen, gedragswetenschappers en orthopedagogen, en doet de dringende aanbeveling dat er meer duidelijkheid komt over de verantwoordelijkheid van artsen.

Mevrouw Hoegen van Arcares wijst erop dat er allerlei initiatieven gaande zijn op het gebied van de Bopz, en zij waarschuwt de overheid ervoor dat de wet, als die er eenmaal is, achter de feiten zal aanlopen.

Mevrouw Janssen van De Compaan is sinds 3 jaar Bopz-arts en wijst op het gevaar dat de woonwensen van de cliënt worden aangepast aan de wet in plaats dat de wet die woonwensen volgt; dat is lastig, omdat de grenzen tussen intra- en extramuraal steeds meer aan het vervagen zijn (het is wringen om binnen de wet te blijven).

De heer Domna uit Schoonhoven (vg) is werkzaam bij de Gemiva/SVG groep, een kleinschalige woonvoorziening voor mensen met een verstandelijke handicap. Hij is lid van de M&M-commissie van de Gemiva SVE-groep, een grote zorgaanbieder in Zuid-Holland.

Mevrouw Pattiwael van VWS leidt de discussie in. Bij ingrijpen in iemands vrijheid tracht de overheid heel veel waarborgen te bedenken, en aan de andere kant is de overheid sterk bezig om al die semi- en externe woonvormen te stimuleren, omdat duidelijk blijkt dat mensen daar heel goed in gedijen. Maar die hele set van waarborgen is misschien niet mogelijk, en daar worstelt de overheid mee: of je moet een concessie doen aan die set van waarborgen, of je staat toe om mensen inderdaad in dat soort woonvormen te huisvesten (maar dan onder voorwaarde dat mensen niet in hun vrijheid worden beperkt).

De overheid wil de mensen uit het veld graag bij deze overwegingen betrekken, en vandaar deze bijeenkomst.

#### *Stelling 1:*

Dhr. A. (= dhr. Konings van Zorggroep Thuis in Maastricht?) zegt het natuurlijk met die stelling eens te zijn, met name daar waar de mantelzorger is belast met de zorg voor de psychogeriatrische patiënt. In de instelling van de heer A. is de term "kluistering" geïntroduceerd: de mantelzorger voelt zich aan huis gekluisterd, en is dus op zoek naar methoden om dat te doorbreken. Als je ervoor zou kiezen om dan vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen zit je al naar het toezichtprincipe te kijken (toezicht op vrijheidsbeperkende maatregelen). Daar kun je als professional niet aan beantwoorden; je kunt er vrijwilligersorganisaties bijzetten, maar het grootste aandeel blijft bij de mantelzorger liggen.

Mevrouw Pattiwael van VWS vraagt door naar die kluistering: is het doorbreken van die kluistering een acceptabel argument om vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen?

Dhr. A. denkt dat dat een motief kan zijn. Een ander motief, waar geen mantelzorger aanwezig is en bij een wilsonbekwame patiënt: vaak zie je mantelzorgers en familie voor vader en moeder een besluit nemen over het al dan niet thuis blijven van de cliënt. En vaak zoeken ze mogelijkheden om dat thuisblijven te kunnen waarborgen. Dat betekent dat de hulpverlener de vraag krijgt om vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen bij de wilsonbekwame patiënt (al is het alleen maar het omhoog plaatsen van het bedhek), vooral voor de periodes tussen dagzorg en nachtzorg. De instelling van dhr. A. is er enorm naar op zoek hoe daarmee om te gaan.

Mevrouw Pattiwael van VWS stelt vast dat dhr. A. het eigenlijk met de stelling eens is: het kán, als het noodzaak is, maar er zijn heel wat praktische problemen.

Dhr. A. bevestigt dat: de veiligheid van een thuisverblijf is soms moeilijk te waarborgen, bijvoorbeeld door zwerfgedrag.

De thuiszorg krijgt soms verzoeken om de deur op slot te doen als zij het pand weer verlaten. Er is begrip voor de noodzaak van die maatregelen, maar aan de andere kant zijn er veel ethische bezwaren.

Mevrouw Pattiwael is van mening dat het bedrek een lichte beperking is. Hoe is dat met bedrekken in een ziekenhuis?

Mevrouw Scholten, ziekenverzorgster uit Tilburg, ziet dat als een standaardhandeling. Een bedrek doe je automatisch omhoog, dat gebeurt gewoon.

Mevrouw Pattiwael constateert dat er eigenlijk een soort bewustwording zou moeten plaatsvinden, om in ieder geval even toestemming te vragen.

Mevrouw Scholten, ziekenverzorgster antwoordt dat de mensen er vaak zelf om vragen. Vanuit de ziekenverzorgenden wordt in ieder geval niet om toestemming gevraagd.

Een ander stelt dat het de vraag is of het praktische probleem door dat bedrek opgelost wordt.

Dhr. A. zegt ja op de vraag of vrijheidsbeperkende maatregelen moeten worden toegepast, maar stelt vast dat daarmee tegelijk weer allerlei nieuwe problemen ontstaan.

Mevrouw Pattiwael denkt dat er misschien een gelaagdheid in aangebracht moet worden: heel lichte beperkingen zouden wel mogen in de thuissituatie. Zwaardere, zoals fixeren, die zou je thuis niet moeten toepassen.

Dhr. A. denkt dat die gelaagdheid zeker moet worden aangebracht; maar vaak gaat het erom om mensen voor de thuissituatie te behouden. En daar wordt heel veel voor gedaan. De thuiszorg krijgt daar veel vragen over; op dit moment wordt er altijd geweigerd, en daarmee wordt de mantelzorger dus belast en wordt het neergelegd in het systeem. En het gaat nog veel verder, want in een psychiatrisch ziekenhuis is een isoleer waar het leeg en kaal is, maar thuis staan alle verpleegmiddelen om de patiënt heen. Zwerfgedrag is een heel groot probleem.

Mevrouw Pattiwael vraagt bij wie de verantwoordelijkheid dan moet liggen: bij de professional of bij de mantelzorger?

Dhr. A. denkt bij de mantelzorger, waarop een ander vraagt wie dan verantwoordelijk is als het misgaat, en wie er verantwoordelijk is voor de gemaakte keus. Ook wordt gevraagd of de huisarts daarbij betrokken wordt.

Dhr. A. antwoordt dat hij zich kan voorstellen dat het MD ondersteuning biedt richting mantelzorger: wat je in de praktijk ziet is dat een groot aantal mantelzorgers al heel veel vrijheidsbeperkende maatregelen toepast zonder dat zij daar overleg over hebben gehad met professionals.

Mevrouw Hoegen van Arcades merkt op dat dan steeds weer bepaald moet worden wat nog verantwoord is.

Dhr. A. is van mening dat die verantwoordelijkheid bij het systeem gelaten moet worden, maar het systeem heeft bepaalde vormen van ondersteuning nodig: begeleiding, meedenken in vrijheidsbeperkende maatregelen etc., maar de verantwoordelijkheid moet je daar laten. En misschien houdt jouw verantwoordelijkheid als zorgverlener dan wel op.

Mevrouw Pattiwael vraagt hoe het dan zit als de professional adviseert en de mantelzorger uitvoert. Een pil in de pap, bijvoorbeeld, maar ook zwaardere dingen, bijvoorbeeld iemand een plankje geven om te blijven zitten. Dan komt de professional erbij en ziet dat het steeds verder gaat. Dan kun je tegen de mantelzorger zeggen dat daarover nagedacht moet worden, maar als de mantelzorger het prima vindt zo, dan houdt het voor de professional op. En als het dan misgaat: wiens verantwoordelijkheid is het dan?

Een ander denkt dat het nog maar de vraag is of de mantelzorger die rol nog wel wil. Dan zou je het heel expliciet moeten maken.

Gevraagd wordt of dat valt onder de verantwoordelijkheid van de thuiszorg of die van de huisarts; volgens mevrouw Hoegen van Arcades zou het opzeggen van de overeenkomst op zo'n moment duidelijkheid kunnen verschaffen, want als er meerdere aanbiedingen zijn geweest houdt het op een keer gewoon op.

Iemand vraagt hoe dat ingebreed moet worden in de bestaande situatie: op het moment dat je die maatregelen toepast betekent dat dat je kwaliteit in moet leveren, en als je dat thuis wilt doen moet er dus extra geld voor komen. Als een MD-team het erover eens is dat dat moet, dan betekent dat dus dat er gewoon meer mensen bij die cliënt over de vloer moeten komen.

Mevrouw Pattiwael geeft aan dat uit het onderzoek ook is gebleken dat persoonlijk tekort een motief is om die maatregelen toe te passen, dus bij de overheid komt de vraag op: wat heb je ervoor over?

Dhr. ? vraagt wat wordt verstaan onder vrijheidsbeperkende maatregelen bij een mantelzorger: sederende medicatie of de aanwezigheid van een vrijwilliger (want dat is ook een vrijheidsbeperkende maatregel, want schending van de privacy). Toezicht kan ook vallen onder vrijheidsbeperking. Er zijn tegenwoordig allerlei technische oplossingen mogelijk, een camerasysteem bijvoorbeeld; is dat dan geen vrijheidsbeperking?

*Stelling 2 wordt even overgeslagen (gezien voorgaande discussie).*

#### *Stelling 5:*

Mevrouw B. herinnert aan de discussie van zojuist, toen gezegd werd dat er ook bij de mantelzorger een expliciete verantwoordelijkheid gelegd zou kunnen worden.

Een ander stelt dat de situatie van een thuiswonende cliënt natuurlijk heel anders is dan die van een cliënt in een zorgvoorziening.

Mevrouw Scholten, ziekenverzorgster, merkt op dat vaak familie wordt ingezet om iemand te bewaken, of in ieder geval bij iemand te blijven.

Een andere verzorger is van mening dat het vooral de verantwoordelijkheid van de professional is om het risico te schetsen. En die mantelzorger kan er dan ja of nee op zeggen: een inschatting per situatie, en dan kan de familie ervoor kiezen of niet. Als het dan fout gaat zit het niet helemaal op de nek van de professionals.

Iemand vindt dat je wel moet inschatten hoe je deze mantelzorger die verantwoordelijkheid gaat geven.

Een ander vraagt zich af in hoeverre je kunt doorschieten in bepaalde regels, om teveel in te kaderen. Bij kinderdagcentra zijn ouders vaak verantwoordelijk, en in hoeverre wil je je als overheid gaan bemoeien met wat goed is en wat niet goed is. Er moeten dus echt alleen globale kaders worden vastgesteld; en laat het verder maar zoals het is.

Mevrouw Pattiwael denkt dat het erom gaat dat je juridisch gezien iemands vrijheid beperkt, los van de feitelijke situatie: je bent bezig om na te denken over de vraag of je iemands vrijheid mag beperken. Daarbij raak je heel veel fundamentele vragen, en je ontkomt er dus bijna niet aan om die grenzen op te zoeken. Dan ga je misschien iets verder.

Gevraagd wordt op welk moment die rechten dan worden geschonden, en mevrouw Pattiwael antwoordt dat dat gebeurt als iemand het niet voor zichzelf kan zeggen, en er dan iemand voor hem in de plaats komt.

Mevr. B. merkt op dat er natuurlijk wel een zorgplan is, waarin de verantwoordelijkheid staat beschreven van een bepaalde keus (of dat nu de mantelzorger is, de arts of een ander). Want niet de organisatie bepaalt het, maar de cliënt in zijn context.

Mevrouw Scholten, ziekenverzorgster, vertelt dat bij onrustige patiënten in overleg met de arts een formulier wordt ondertekend waarin wordt gemeld dat de patiënt gefixeerd wordt. Het wordt dus ondertekend door de mantelzorger.

Dhr. A. vraagt wat er dan gedaan wordt als iemand niet tekent, waarop mevrouw Scholten antwoordt dat de zorg dan wel gecontinueerd wordt, maar dat de medicatie dan wordt aangepast. Dan wordt de patiënt dus gesedeerd.

Mevrouw Pattiwael concludeert dat de medicatie dus een alternatief is; en daar wordt dus geen toestemming voor

gevraagd.

Mevrouw Scholtens merkt op dat het wel aan de familie gemeld wordt. En de familie vindt het dan meestal prettiger dan dat zij hun vader of moeder vastgebonden zien liggen.

Mevrouw ? (= mevr. Janssen, arts?), denkt dat het wel wat genuanceerder ligt: de effecten van medicatie op het welzijn zijn enorm, zeker van psychofarmaca.

(Allerlei geroezemoes)

Mevrouw ..... merkt op dat dat in de vgz nog een andere kant heeft: er is ook sederende medicatie die cliënten nodig hebben om te functioneren in het dagelijks leven. Mensen weten vaak niet wat ze slikken, maar het wordt ook niet in de pap gestopt. Het is dus niet zo dat elke sederende medicatie of gedragsbeïnvloedende medicatie bedoeld is als vrijheidsbeperking, integendeel, in de instelling van mevrouw Janssen wordt het ingezet om mensen beter te laten functioneren, en om te voorkomen dat je zweedse banden moet gebruiken. Beide methoden brengen risico met zich mee.

Volgens mevrouw Scholten wordt er in het ziekenhuis gewoon gekeken naar de veiligheid van de patiënt.

Dhr. .... vraagt of dat niet in de Wgbo is vervat, waarop een ander antwoordt dat dat in principe wel het geval is.

Mevrouw Janssen (?) stelt dat medicatie in principe een fysieke beperking is; daar wordt een onderscheid in gemaakt. Er wordt aangegeven welke grens overschreden mag worden, en die wet voorziet daar wel in als je daar toestemming voor hebt van de familie.

Mevrouw .... voegt hieraan toe dat in een ziekenhuis veel oudere mensen verblijven die wachten op een plek in een verpleeghuis, en dus verblijven in een ziekenhuis waar ze eigenlijk niet meer behandeld worden maar alleen verzorgd: daar is een ziekenhuis niet op ingesteld.

Mevrouw Scholten, ziekenverzorger, vertelt uit eigen ervaring van een oude dame die haar heup gebroken had maar na haar operatie niet meer alleen thuis kon wonen, omdat ze geestelijk erg was achteruitgegaan. Die mevrouw heeft een jaar lang in het ziekenhuis rondgelopen, en de verpleging moest de deuren sluiten omdat ze ging dwalen. Na een jaar was er een plaats in een verpleeghuis. De verpleging probeert het zo iemand dan wel zo aangenaam mogelijk te maken maar kan die zorg eigenlijk niet bieden.

Mevrouw Pattiwaal concludeert dat het een algemeen gedeeld gevoel is dat mantelzorgers wel betrokken kunnen zijn bij 24-uurs toezicht, maar dat het maar de vraag is in hoeverre je de mantelzorger ook echte verantwoordelijk kunt maken voor dat toezicht.

Volgens mevrouw Hoegen van Arcades kan je twee kanten op: mantelzorgers thuis of mantelzorgers in een verzorgingsflat. Dat is natuurlijk een groot verschil. In een zorgcomplex is de hulpverlener veel dichterbij, en daarom is kan met de kwestie van de verantwoordelijkheid beter omgegaan worden dan thuis.

Mevr. .... vertelt dat in bij haar in de instelling (vgz) een woonvorm is gecreëerd waar mensen gewoon wonen en daar dan dus zorg krijgen. De huisarts zegt dan bijvoorbeeld: "ga naar de fysiotherapeut voor behandeling", en daarvoor komt dan begeleiding of mantelzorger, maar ook om eten te koken. Voor hen is dat dus gewoon een soort thuissituatie. Waar ligt dan de grens? Het gaat juist om die grensgevallen, vraaggestuurd en zo normaal mogelijk, dus je maakt een thuissituatie met een vangnetconstructie.

Een ander reageert hierop met de opmerking dat vrijheidsbeperkende maatregelen enorm indringend kunnen zijn, waar dan ook. Ook fysiek kan daarbij van alles meespelen: iemand kan heel boos worden, of lichamelijke problemen hebben. Spreker zou dat niet graag bij de mantelzorger laten, al is het alleen maar vanwege de emotionele betrokkenheid, waardoor je niet meer objectief kunt kijken en denken. Het maakt niet uit waar je woont, maar als je vrijheidsbeperkende maatregelen toepast moet je daar een kwaliteitskeurmerk aan kunnen geven: anders moet het gewoon niet doen.

Mevrouw .... merkt op dat er dus situaties ontstaan waarbij je institutionaliseert, en waarbij alleen maar door een dokter beslist mag worden. Terwijl over dat wat thuis gebeurt iedere eerste de beste die keus kan maken.

Mevrouw .... antwoordt dat dat op dit moment toch ook eigenlijk gedaan wordt.

Mevrouw De Roode zou graag weten wat nu echt juridisch geregeld moet worden en wat niet, en mevrouw Pattiwaal denkt dat daar misschien een gelaagdheid in aangebracht moet worden.

#### *Stelling 10:*

Vallen ook pedagogische beperkingen daaronder?

Mevrouw Hoegen van Arcades stelt dat het eigenlijk gaat om de keus tussen fixeren & thuisblijven, of: overplaatsen. En dat is ook heel ingrijpend. De kwaliteit van leven moet in balans zijn. Als iemand thuis kan blijven door hem 's nachts te fixeren en hij is overdag heel gelukkig, dan is het beter om daarvoor te kiezen.

Mevrouw Pattiwaal vertelt van een werkbezoek bij een instelling voor kleinschalig wonen voor dementerenden in Almere; de verpleeghuisarts zei dat hun beleid was: "wij passen geen vrijheidsbeperkingen toe". De deur was wel op slot. Het risico dat een persoon dan een keertje valt neem je op de koop toe, want die persoon heeft daar veel meer levensgenot, en onderzocht was dat statistisch gezien valincidenten helemaal niet vaker voorkwamen in zijn instelling dan in instellingen waar dan wel gefixeerd wordt.

Mevrouw Hoegen van Arcades denkt v.w.b. de laatste stelling "prima, er moet wel toezicht zijn, maar niet met de consequentie dat je dan later niets meer kunt doen".

Een van de andere aanwezigen vraagt zich af wat dan een vrijheidsbeperking is: dat is een eindeloze discussie. Pedagogische maatregelen zouden daar niet onder vallen.

Mevrouw Hoegen constateert dat nu in kleinschalig wonen wordt gezegd dat men zich er niet aan kan houden, omdat anders de wet niet van toepassing is. Dus andersom. Ook in kleinschalige woonvormen moet soms gefixeerd worden, maar dat kan gewoon niet.

Een ander refereert aan het verhaal van Kees Blankman, waarin dus ook een soort gradatie moet kunnen worden aangegeven, die dan niet alleen de maatregel bepaalt maar ook hoe hevig de cliënt zich ertegen verzet. En naarmate het verzet heviger is is het eerder vrijheidsbeperkend en moet je er verder wat mee. Als het gaat om even vast zetten, en verder kan iemand daardoor de hele dag thuisblijven, dan moet dat in ieder geval gemeld worden en moet een toezichthouder weten hoever dat gaat.

Iemand uit de groep denkt dat er dan ook afspraken gemaakt moeten worden over wat wordt verstaan onder het begrip "verzet". Maar inderdaad: melden is belangrijk. Het doel van deze wet is dat er een besef ontstaat: wat doen we eigenlijk als professional, wie is die persoon, en waar beperk ik hem in; van die bewustwording moet ook melding gemaakt worden.

De vraag wordt gesteld of spreekster het met stelling 6 dan eens is (inzake registratie), en dat is inderdaad het geval: zij is van mening dat zowel een professional als een mantelzorger moeten kunnen beargumenteren waarom zij iets doen.

Mevrouw Hoegen van Arcades herkent dat: in verpleeghuizen waar al jaren voordat de Bopz er was vrijheidsbeperkende maatregelen werden toegepast werden was inderdaad de belangrijkste conclusie dat de wet eigenlijk een bewustwording was, en die wet is blijkbaar nodig geweest om die bewustwording gaande te krijgen.



Mevrouw Pattiwael wijst erop dat er één pot met geld is in de zorg: toen die wet er kwam gingen mensen binnen organisaties ermee bezig. Hoe moet het getoetst worden, hoe moet het transparant gemaakt worden; dat is door die wet gewonnen.

Een andere deelnemer waarschuwt echter voor doorschieten. Waar zij tegenaan loopt in de vgz, ook intramuraal, is dat zij zich heel erg beknot voelt door die wet, want de uiteindelijke consequentie is dat zij alle zorgplannen van haar 300 cliënten moet gaan lezen.

Iemand (de heer Domna, Gemiva-groep, vg Schoonhoven?) noemt dat de vrijheid van de behandelaar: in zijn organisatie zijn dat de orthopedagogen. Voor hem als locatiehoofd is dat wel prettig, want de verantwoordelijkheid voor de hele regie van alles rond Bopz-clients ging van zijn bordje af naar het bordje van de orthopedagogen.

Een deelnemer wijst erop dat de Bopz-clients verder uit elkaar wonen (van het medisch model wil de gezondheidszorg immers af), waardoor die verantwoordelijkheid een moeilijke kwestie wordt. Want die wet beknot dan wel. Of mag je zeggen: "als het goed beargumenteerd is en de huisarts van de intramurale cliënten hebben ook extramurale cliënten"?

De heer Domna uit Schoonhoven is werkzaam in een centrum voor zeer kleinschalige woonvormen, 3 groepen van 6 bewoners, maar er is daar ook een agv en een orthopedagoog/gedragskundige. Dus zij zijn degenen die de verantwoordelijkheid hebben.

Iemand noemt het voorbeeld van iemand die niet alleen kan wonen en af en toe een driftbui heeft.

(Allerlei geroezemoes)

Een van de aanwezigen is van mening dat er dan wel degelijk deskundige mensen in het MDO moeten komen om hiernaar te kijken: niet zomaar een vrijheidsbeperkende maatregel toepassen, maar eerst kijken waarom die driftbuien ontstaan; dan wordt er van alles georganiseerd om ervoor te zorgen dat hij die driftbui niet meer krijgt. Maar als er een vrijheidsbeperkende maatregel nodig is spreek je niet meer over een normale situatie.

Een van de anderen stelt dat bij pg en vg wordt gesproken over mensen voor wie professionele zorg nodig is; dat is dus niet een "zo normaal mogelijke situatie".

Mevrouw D. zit in een situatie van een fusie: er wordt van alles weggesaneerd, dat gaat nu hard, en aan de andere kant is een intramurale instelling: die twee komen bij elkaar. Spreekster zit dus vooral te luisteren. Vanuit de welzijnshoek merkt zij een heel andere instelling, maar daarom komt zij hier ook: niet om te spreken maar vooral om te luisteren.

Mevrouw Pattiwael concludeert dat de Schoonhovense instelling professionals en artsen heeft aangezocht voor de eindverantwoordelijkheid van de vrijheidsbeperkende maatregelen. (Dat wordt bevestigd.)

Mevrouw De Roode informeert of dat voldoende is, dat de professionals die rugdekking geven.

De heer Domna vertelt dat de M&M-commissie waarin hij zitting heeft regelmatig werkbezoeken doet bij organisaties, en dan komt er een overzicht van alle M&M's die toegepast worden. De organisatie gaat actief na waar de vragen zitten en hoe die verbeterd kunnen worden.

Een andere deelnemer vraagt zich toch af of alles geregeld zou moeten worden in een juridisch kader of dat die verplichte registratie veel meer wordt bekeken als mogelijk wettelijk kader, mits er maar transparant gewerkt wordt. Dat moet wel geregeld worden. Maar als dan aan de andere kant een zware professionele structuur opgezet gaat worden om de juridische wetgeving te vervangen, dan vraagt spreker zich af of je dan te ver gaat.

Mevrouw Pattiwael stelt vast dat over stelling 10 is gezegd dat je niet alles moet willen regelen, maar dat centrale organisatie de nodige voordelen met zich meebrengt.

#### *Stelling 9:*

Mevrouw Pattiwael heeft kunnen vaststellen dat een patiënt in een ziekenhuis al gauw in aanraking komt met een vrijheidsbeperkende maatregel, en iemand anders noemt het voorbeeld van de bedhekken.

Mevrouw Scholtens, ziekenverzorger, corrigeert dit: dit geldt in haar ziekenhuis. Daar gaat het automatisch, ook al zijn mensen verder gezond: ze willen vaak als veiligheid zo'n bedhek omhoog hebben.

Mevrouw Pattiwael vraagt mevrouw Scholtens of de verpleging dat niet eigenlijk aan de patiënt zou moeten vragen: het gaat immers juridisch gezien om een vrijheidsbeperking waarvoor de verpleging eigenlijk toestemming zou moeten vragen. Mevrouw Scholtens antwoordt dat zij denkt dat de mensen mondig genoeg zijn tegenwoordig: zij kunnen dat zelf wel aangeven.

Mevrouw Pattiwael stelt dat mensen in de vg of pg minder mondig zijn, waarop mevrouw Scholtens (ziekenverzorger) antwoordt dat dan geen toestemming gevraagd hoeft te worden: het is gewoon uit veiligheid. Vermoedelijk staat de verpleging er niet bij stil dat dat ook een vrijheidsbeperking is.

Mevrouw Pattiwael vraagt hoe het dan gaat als er iemand wordt vastgebonden. Mevrouw Scholtens denkt dat het dan wel gebeurt. Tweedse banden worden hier trouwens nooit meer gebruikt, alleen verpleegdekens. Maar dan wordt er dus wel een formulier ingevuld door de familie, ondertekend door degene die het aanvraagt, in overleg met de behandelend arts. Vooraf.

Opgemerkt wordt dat de stelling hier juist is dat de mensen zelf toestemming moeten geven, maar mevrouw Scholtens ziet een bedhek niet als een vrijheidsbeperking. Zij is daar zeer verbaasd over.

De heer Domna heeft ervaren dat er heel wat zorg meegeleverd moet worden als verstandelijk gehandicapten naar een ziekenhuis moeten. Met elkaar zullen de zorgverleners moeten bekijken hoe dat goed gedaan moet worden in dat ziekenhuis, dus dat er bij de overdracht en in de zorg zaken goed worden afgeregeld. En dat gaat veel verder dan ondertekenen in de zin van "wie is verantwoordelijk": het gaat om het afspreken van kwaliteit.

Mevrouw Scholtens, ziekenverzorger, vertelt dat er vaak een verzorger meekomt als er een geestelijk gehandicapte patiënt wordt opgenomen, en die verzorger blijft er dan de hele dag bij. Dan is het dus opgelost. Maar als er een demente bejaarde vanuit een verpleeghuis komt moeten er wel maatregelen worden getroffen. Spreekster heeft nog nooit meegemaakt dat dat problemen geeft met de familie: zij zien wel dat dat voor de veiligheid is.

Mevrouw Pattiwael vraagt wat er dan gebeurt als er een demente patiënt is die gefixeerd moet worden, en die de hele tijd ligt te trekken aan dat ding (maar: het fixeren was nodig want hij trok het infuus eruit), en er is geen toestemming gevraagd voor de fixatie.

Mevrouw Scholtens, ziekenverzorger, antwoordt dat bij haar in het ziekenhuis altijd vooraf toestemming wordt gevraagd.

(Allerlei geroezemoes)

Mevrouw De Roode merkt op dat dat gewoon voorzien is, wettelijk, maar wat niet voorzien is is dat verzet, en wat wordt daarmee gedaan? Mevrouw Scholtens denkt dat het nog de vraag is of je het ook ziet als verzet.

Hierop sluit de voorzitter van deze workshop de bijeenkomst af.

## 5. Discussie groep 4, onder leiding van Luuk Arends

Aan de discussie nemen deel:

Mevrouw M. van der Laan, triAde (vg), Lelystad

De heer Ton van den Dries, De Amerpoort (vg), Baarn

Mevrouw A.H. van Hoepen, Zorgcentrum Simnia (kleinschalig pg), Domburg

De heer M. Stulemeijer, Stichting Welzijn Ouderen Breukelen (pg), Breukelen

Mevrouw E.A. de Graaf, Particulier Kraam- en Verpleeghulpcentrum B.V. (part. thuiszorg), Bunschoten

Mevrouw Linda Puijenbroek, St. Elisabethziekenhuis afd. orthopedie (zkhs), Tilburg

De heer L.M.G. Curts, Ac. Ziekenhuis Maastricht afd. Klinische Genetica (zkhs), Maastricht

Mevrouw Ina Gorter, VWS

Een medewerker van de KNMG (later binnengekomen)

De heer Luuk Arends, Erasmus Universiteit (voorzitter)

### *Stelling 10:*

Mevrouw Van der Laan van triAde (vg) denkt dat er veel maatregelen zijn die worden genomen met het oog op de veiligheid van cliënten: als iemand in een rolstoel zit maar er dreigt uit te vallen moet hij beschermd worden. Het dilemma is dan: vrijheid of veiligheid. Een deur op slot in een kinderdagverblijf is om de veiligheid te waarborgen. Spreekster zou niet alle maatregelen willen vatten onder juridische maatregelen, met alle bureaucratische rompslomp van dien. Hoe moet je daar in de praktijk mee omgaan, met dat dilemma?

De heer Curts van het Ac. ziekenhuis Maastricht denkt dat het eerst gaat om de vraag wat wordt verstaan onder "bij wet geregeld". De plicht om transparant te zijn zal in ieder geval bij wet geregeld moeten worden, zeker wanneer niet meer bij wet geregeld is dat er altijd toezicht moet zijn, dat het altijd geëvalueerd moet worden en dat de maatregelen in een zorgplan moeten worden vastgelegd.

Mevrouw Van der Laan van triAde (vg) denkt dat de kern van de stellingen niet is "het is bij wet geregeld en dan ben je klaar".

De heer Arends bevestigt dat: de stellingen bevatten veel meer. Wat moet je een vrijheidsbeperking noemen, ook als een maatregel een andere doelstelling heeft? Je kunt van oordeel zijn dat iets een vrijheidsbeperkende maatregel is, bijvoorbeeld wanneer je een cliënt oplegt dat hij maar 3 boterhammen mag in plaats van 10; dat zou je een vrijheidsbeperkende maatregel kunnen noemen, maar het is toch niet zo dat daar een wettelijke regeling voor moet komen?

Mevrouw De Graaf (Kraamzorg) is bang dat het dan niet meer werkbaar is.

Een ander zegt moeite te hebben met de term "elke beperking", en mevrouw Van Hoepen (kleinschalig pg zorgcentrum) merkt op dat in de pg alles wordt vastgelegd, waarop mevrouw Gorter (VWS) informeert of ook het aantal sigaretten dat iemand mag roken dan bijvoorbeeld wordt vastgelegd, maar dat is volgens mevrouw Van Hoepen niet het geval. Het opzetten van een bedrek valt daar wél onder: dat mag niet gedaan worden zonder het vast te leggen; het effect daarvan is dat sommigen het niet eens meer doen, omdat ze denken dat het eigenlijk niet mag.

De heer Arends vraagt of de aanwezigen vinden dat er een scheiding zou moeten worden aangebracht in het doel, bijvoorbeeld als het bedoeld is om vrijheid te beperken is het anders dan wanneer het alleen naar zijn aard vrijheidsbeperkend is maar een ander doel dient.

Mevrouw Van der Laan van triAde (vg) denkt dat het doel eigenlijk nooit is "het beperken van de vrijheid". Het gaat meer om het afwenden van gevaar, of het voorkomen van moeilijke situaties. Het gaat eigenlijk altijd om het voorkomen van ongelukken.

De heer Arends concludeert dat het doel onvoldoende onderscheidend is. Het gaat er uiteindelijk om wat het effect van de handeling zelf is.

Mevrouw Van der Laan van triAde (vg) denkt dat er nooit een maatregel voor in aanmerking komt als je zegt dat het doel bepalend is: het doel is immers altijd iets anders.

De heer Van den Dries van De Amerpoort (vg) denkt dat het toch altijd gaat om samenhang tussen doel en actie: je voorkomt dat iemand 's nachts uit bed valt, dus je legt hem vast. Maar als je als doel ook hebt dat hij zich veilig voelt 's nachts, dan kijk je er al weer heel anders naar. Dan gaat het om de mate waarin je ingrijpt.

De heer Arends herinnert aan de stelling, die draait om de vraag "wat is een beperking waarvoor je een wettelijke regeling zou moeten maken".

De heer Van den Dries van De Amerpoort (vg) denkt dat bij het doel die wet dus niet direct een rol speelt.

De heer Arends beaamt dat: het doel is onvoldoende ondersteunend; maar als er voor alles een registratiesysteem moet worden opgezet sla je misschien door naar het andere eind. Waar ligt dan de grens?

Mevrouw Van der Laan van triAde (vg) stelt dat je zorgvuldig moet handelen: je moet afwegen of dat middel past bij het doel dat je wilt bereiken, of dat er minder ingrijpende maatregelen nodig zijn. Die geest van de Bopz past triAde toe, en als zo'n maatregel wordt toegepast is er bijna altijd overleg met een arts. Moet je dat wettelijk vastleggen, of is dat een beleidslijn die je als organisatie hanteert? Aan de andere kant is het beleid van VWS niet duidelijk: de ene intramurale instelling valt er wel onder en de andere niet.

De heer Arends vraagt waar de aanwezigen de grens zouden willen leggen. Je ontkomt niet aan een soort van wettelijke regeling. Wat zou er dan wel onder moeten vallen en wat niet?

Iedereen vindt dat een heel moeilijke vraag.

Iemand noemt eenzame opsluiting, en een ander noemt fixeren tegen de wil in, dus met groot verzet.

De heer Arends vraagt of dat kan zonder toestemming van de cliënt of diens vertegenwoordiger: soms weet niemand wat de cliënt ervan vindt, omdat hij niet in staat is om te oordelen. Maar de beperking blijft hetzelfde. Dat is dus blijkbaar heel moeilijk. Maar stel dat er een wettelijke regeling gemaakt zou worden en er wordt gezegd: "iedere beperking van vrijheid moet geregistreerd worden"?

De heer Curts van het Ac. ziekenhuis Maastricht denkt dat dan het eind zoek is.

De heer Arends zou graag horen wat men overdreven vindt om vast te leggen.

De heer Curts van het Ac. ziekenhuis Maastricht noemt als voorbeeld gedragscorrigerende maatregelen, zoals sigaretten roken of teveel eten. Het is de vraag of dat ook vrijheidsbeperkende maatregelen zijn.

En er is ook een verschil in instellingen.

De heer Arends merkt op dat de wet oorspronkelijk voor de psychiatrie geschreven was en voor deze twee sectoren is dat een heel vreemde indeling. Daar gaat de discussie ook over. Spreker begrijpt dat dit een heel moeilijk punt is. De doelstelling is een weinig onderscheidend criterium; het gaat om de vraag "wat doet het eigenlijk", en daar zou heel veel onder kunnen vallen. Dan wordt het dus heel lastig. De suggestie van de term "gedragscorrigerende maatregelen" is goed om even vast te houden. Maar iemand die agressief is en gefixeerd wordt valt daar eigenlijk weer niet onder. Mevrouw Van der Laan van triAde (vg) stelt dat "de deur op slot doen" maatschappelijk een heel geaccepteerde

maatregel is, die niet geregistreerd wordt.

De heer Arends concludeert dat het dan vooral gaat om meer pedagogische maatregelen: die zouden dan niet gevat worden onder "vrijheidsbeperkende maatregelen".

Mevrouw Van der Laan van triAde (vg) antwoordt dat je je verantwoordt richting cliënt en zijn vertegenwoordiger, maar niet aan de wetgever; dat is niet nodig in dat geval. De heer Arends denkt dat je niet alles daadwerkelijk aan de Inspectie hoeft te melden, maar dat je het misschien wel inzichtelijk zou moeten maken. Mevrouw De Graaf van de kraamzorg (part. thuiszorg) wijst erop dat de andere kant is dat iemand een claim kan indienen als de cliënt niet een bepaald aantal boterhammen mag eten. Dan het wordt de zorg in Nederland een soort politiestaat.

De heer Arends stelt vast dat dit een punt is waar moeilijk een uitspraak over gedaan kan worden.

#### *Stelling 9:*

Mevrouw Van der Laan van triAde (vg) denkt dat het woordje "nooit" deze stelling een beetje lastig maakt, en de heer de heer Curts van het Ac. ziekenhuis Maastricht stelt dat dat woord er uitgehaald zou moeten worden. En vervolgens toevoegen: "tenzij".

De heer Arends vraagt in welke gevallen het dan wél zou mogen: er is namelijk een discrepantie, want volgens de enquête vragen de meesten wel toestemming, maar tijdens de interviews blijkt het weinig te gebeuren (omdat het meestal om noodsituaties gaat).

De heer Curts van het Ac. ziekenhuis Maastricht is van mening dat het dan wél zou mogen. Als iemand zichzelf bijvoorbeeld schade berokkent, dus een gevaar vormt voor zichzelf en misschien ook voor de hulpverlener en de medepatiënten, dan is het een noodsituatie.

Trouwens, de vraag rijst: kan het ook een "noodzakelijke situatie" zijn? Bijvoorbeeld op een OK of een recover-ruimte: daar worden patiënten soms ook gefixeerd, om in een bepaalde positie te komen. Dat soort dingen worden niet geregistreerd, hoogstens ooit in een OK-verslag. Dus bepaalde zaken komen dan voor uit medische noodzaak, dat kan dus wel, al moet dat dan wel vastgelegd worden in een protocol.

Mevrouw Van der Laan van triAde (vg) stelt dat het hier gaat over incidentele fixatie, terwijl het in de vgz vaak gaat om langdurig.

De heer Arends antwoordt dat als reden ook vaak het veroorzaken van overlast wordt opgegeven. Is dat een acute noodsituatie? Moet vrijheidsbeperking dan ook doel zijn?

Alle aanwezigen vinden dat een heel moeilijke discussie: er zijn vormen van overlast waardoor iemand toch in zijn vrijheid beperkt moet worden. De heer Arends stelt vast dat "acute noodsituatie" niet voldoende criterium is. Het zou dan richting noodzaak moeten gaan, want acute noodsituatie heeft te maken met gevaar. En dan is er nog een onderscheid tussen eenmalig en structureel.

Mevrouw Van der Laan van triAde (vg) stelt dat "eenmalig" een noodsituatie is; bij "structureel" is het vastgelegd in protocol en beleid.

De heer Curts van het Ac. ziekenhuis Maastricht vraagt waarom in de stelling specifiek over een ziekenhuissituatie wordt gesproken, en de heer Arends antwoordt dat dat is ingegeven vanuit het onderzoek, omdat het bij ziekenhuizen specifiek speelde.

De heer Van den Dries van De Amerpoort (vg) merkt op dat er regelmatig verstandelijk gehandicapten in een ziekenhuis terechtkomen: daar wordt dan relatief vaak Middelen & Maatregelen toegepast omdat mensen niet weten hoe ze met verstandelijk gehandicapten moeten omgaan. Het heeft er dus heel veel mee te maken wie de patiënt is. De heer Arends vraagt of het dan legitiem is dat je voor een vg soms wel tot vrijheidsbeperkende maatregelen overgaat en voor anderen, in dezelfde omstandigheden, niet. De heer Van den Dries van De Amerpoort (vg) antwoordt dat het soms inderdaad nodig is als zo'n patiënt in paniek raakt, al zou je het ze gunnen dat het ziekenhuispersoneel weet hoe ze met hen om moeten gaan. Wat het zijn specifieke omstandigheden. De heer Stulemeijer van St. Welzijn Ouderen Breukelen (pg) denkt dan ook dat goede overdracht tussen de verschillende zorgaanbieders van groot belang is. Voor de verstandelijk gehandicapten ontbreekt dat vaak richting ziekenhuizen.

#### *Stelling 8:*

(Helaas waren er voor deze dag geen huisartsen beschikbaar om deel te nemen.)

Mevrouw Van der Laan van triAde (vg) denkt dat dit alles te maken heeft met hoe iemand de huisarts in een instelling ziet. Bij triAde zal de huisarts nooit een maatregel uitvoeren zonder het personeel erbij te betrekken. De instelling heeft een vaste huisarts, maar iedere woonvorm heeft een andere huisarts.

De heer Van den Dries van De Amerpoort (vg) vertelt dat het bij De Amerpoort meestal wordt overlegd in het eerste-linsoverleg: op die manier zijn er meer professionals bij betrokken. Zelf is spreker vaak betrokken bij de thuissituatie en dan is er vaak neiging om het RIAGG erbij te betrekken of het RPC: het gaat dan vaak om mensen die zeer depressief zijn, die de neiging hebben tot suicide etc. Niemand weet dan wat hij moet doen en dan wordt hulp gezocht.

De heer Curts van het Ac. ziekenhuis Maastricht denkt dat je het zo zou kunnen zien, als je de huisarts beschouwt als medisch eindverantwoordelijk. Maar zelf vraagt hij zich af of de medisch eindverantwoordelijke hier wel over moet beslissen. Wie moet verantwoordelijk zijn voor vrijheidsbeperkende maatregelen, en bij het onderzoek van van Wijnen en Houts is aangegeven dat dat ook een verpleeghuisarts zou kunnen zijn. De discussie daarover is nog gaande.

De heer Arends concludeert dat de heer Curts het breder trekt: dat het de vraag is wie eindverantwoordelijk is. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering en de eindverantwoording zijn verschillende dingen.

Mevrouw Van der Laan van triAde (vg) stelt dat het gedeelte "zonder andere professionele hulpverleners erbij te betrekken" de bottleneck is: ze moeten er wel andere hulpverleners bij betrekken, want dat zijn degenen die het moeten uitvoeren. De heer Arends beaamt dat. Maar in de thuissituatie kan het ook zo zijn dat de huisarts het in samenspraak met mantelzorgers doet; hoe gaat het dan in zijn werk? De heer Curts van het Ac. ziekenhuis Maastricht vindt dat dat altijd gedaan moet worden: de andere professionele hulpverleners immers kennen de cliënt. En dat geldt ook wanneer het gaat om degenen die het moeten uitvoeren, al moeten zij altijd wel vluchtwegen hebben voor als ze het niet aankunnen (professionele begeleiding).

De heer Van den Dries van De Amerpoort (vg) denkt dat het wel belangrijk is om in te schatten wat de risico's zijn van fixatiemateriaal. Want dat kan ook misgaan, en daarom moet er een arts bij betrokken worden om te beoordelen hoe riskant het is. Daarom zou de eindverantwoordelijkheid toch wel bij een arts moeten liggen.

De heer Arends begrijpt dat de heer Van den Dries ervoor pleit om die eindverantwoordelijkheid bij een arts leggen.

De heer Curts van het Ac. ziekenhuis Maastricht vraagt naar het verschil tussen "eindverantwoordelijkheid" en "verantwoordelijkheid". Eindverantwoordelijkheid bestaat eigenlijk niet. De heer Arends antwoordt dat met eindverantwoordelijke bedoeld wordt degene die de beslissingen neemt, die toezicht houdt op degene die het feitelijk uitvoert.

Mevrouw Van der Laan van triAde (vg) stelt dat er wel multidisciplinaire afspraken gemaakt worden maar dat er bij een noodsituatie vaak geen tijd is om het aan de arts te melden: je moet het dan gewoon toepassen.

De heer Arends wijst erop dat hier wordt gezegd dat er toch wel een arts bij betrokken zou moeten zijn.

Mevrouw Van der Laan van triAde (vg) antwoordt dat er dan in ieder geval een pedagoog bij is; er wordt echter niet iedere keer een arts bijgehaald. En een pedagoog lukt zelfs ook niet altijd, want het gebeurt soms ook in het weekend.

De heer Van den Dries van De Amerpoort (vg) denkt dat het verschil maakt of het gaat om M&M in de zorg, die je van tevoren doorspreekt en waar je afspraken over maakt, of over: "wat pas je toe". In noodsituaties moet je natuurlijk gewoon handelen, dan moet je niet eerst allerlei mensen moeten bellen.

Mevrouw Van der Laan van triAde (vg) merkt op dat je dan een maatregel toepast waarover overeenstemming bestaat dat die wordt toegepast. Het zou niet werkbaar zijn om voor een patiënt, die in bed altijd de tweede banden nodig heeft, iedere avond andere hulpverleners te moeten bellen.

De heer Arends denkt dat dat een kwestie is waarvoor afspraken over worden gemaakt.

De heer Van den Dries van De Amerpoort (vg) is het daarmee eens: vooraf, of achteraf. Spreker denkt dat het intramuraal wel goed geregeld kan worden, maar wat te doen als een arts dat soort opdrachten geeft in een thuissituatie, en mensen dat dus zelf moeten doen? Weten ze dan wel wat de risico's daarvan zijn?

De heer Arends vat samen: Eigenlijk vind je wel dat er een arts in de besluitvorming betrokken zou moeten zijn, maar in noodsituaties is dat niet altijd mogelijk; ergens, ooit, zou er toch een gezamenlijke beslissing moeten zijn. Mevrouw Van der Laan van triAde (vg) vult aan dat er dan ook situaties zijn waarbij het niet noodzakelijk is dat de arts erbij is, bijvoorbeeld als de voordeur op slot gaat. Er zou dus een definitie moeten komen van de term "vrijheidsbeperkende maatregel".

Een andere aanwezige is het daarmee eens, maar vraagt zich af of het binnen al die settings in dezelfde mate van toepassing is. Dat is toch overal wel verschillend, en dat maakt het nogal lastig. Een van de anderen kan zich daarin vinden; en ook aan een kinderdagverblijf is een arts verbonden. De heer Arends concludeert dat in andere gevallen de arts vervangen zou kunnen worden door een orthopedagoog o.i.d.

De heer Van den Dries van De Amerpoort (vg) vraagt wie dan in een ziekenhuis de aangewezen persoon zou moeten zijn, en de heer Arends antwoordt dat in een teambeslissing in ieder geval er een arts bij betrokken moet zijn.

De heer Curts van het Ac. ziekenhuis Maastricht is het daarmee eens: gezamenlijk kom je dan tot een beslissing. Maar heel vaak blijkt dat de arts het volkomen overlaat aan de uitvoerders, omdat ze zelf niet weten wat het allemaal inhoudt en welke risico's het inhoudt. En dan kun je dus vraagtekens zetten bij de bekwaamheden van de artsen.

De heer Arens stelt dat de arts in ieder geval betrokken kan worden bij de afweging: of medicatie of fysieke vrijheidsbeperking, en informeert vervolgens naar de meningen v.w.b. de thuissituatie.

De heer Stulemeijer van St. Welzijn Breukelen (pg) vertelt dat hij met zijn vrouw een meisje opvangt dat zich in drie weken tijd 6x heeft beschadigd. De huisarts zei dat ze niet meer alleen mocht zijn, maar dat is niet op te brengen. Hoe ver kun je daarin gaan? Een huisarts heeft daar ook niet altijd voldoende zicht op, maar daar zouden protocollen voor moeten zijn. Luuk denkt dat dat vastgelegd zou moeten worden, in de zin van "dit is het kader, zover kunnen we gaan en dat is de grens".

De heer Van den Dries van De Amerpoort (vg) vraagt zich af wat er dan gebeurt als je het niet aanneemt, en een ander vraagt wat er gebeurt als je het wel aanneemt en het komt tot een overlijden; hoe liggen dan de verantwoordelijkheden? Een moeilijke kwestie.

#### Stelling 7:

De heer Arends licht toe dat deze stelling terugslaat op een bevinding van het onderzoek, dat überhaupt de wilsonbekwaamheid weinig wordt vastgesteld: er wordt vaak gewoon van uitgegaan.

Mevrouw Van der Laan van triAde (vg) informeert of dit slaat op de taak van de indicatiecommissie, waarbij wordt vastgesteld dat iemand "geen bereidheid / geen bezwaar" heeft. De heer Arends antwoordt van niet, maar het staat ieder vrij om daarop te reageren.

Een medewerker van de KNMG is inmiddels binnengekomen, en hij vertelt dat hij betrokken is bij het Wgbo-project van KNMG, en dat een deel daarvan zich richt op de wilsonbekwaamheid. Het is een discussie die al heel erg lang loopt, en het blijkt heel moeilijk te zijn om één methode te hebben voor het vaststellen/beoordelen van wilsonbekwaamheid. Bekwaam of onbekwaam waarvoor? Dat speelt allemaal mee. Waar ook naar gekeken is: zou er niet een soort van procedure moeten zijn waarin mogelijke aanleidingen worden opgesomd voor beoordeling van wilsonbekwaamheid; moet je dat bij de intake al doen of wanneer er een medische beslissing moet worden genomen; wie moet daarbij betrokken worden, aan wie moet die beoordeling gevraagd worden: allemaal van dat soort randvoorwaarden. Het zou heel mooi zijn als je zoiets zou kunnen vastleggen. Er wordt ook gekeken naar de verschillende methoden en initiatieven die al genomen zijn om dan te beoordelen wat je daar als hulpverlener aan kan hebben. Dat is natuurlijk nog lang niet afgerond.

De heer Arends vraagt of ook de andere gespreksdeelnemers vinden dat er protocollen zouden moeten zijn.

De heer Van den Dries van De Amerpoort (vg) vertelt dat De Amerpoort een soort zorgvuldigheidseisen heeft opgesteld, met als uitgangspunt dat iemand "wilsonbekwaam is tenzij het tegendeel blijkt". Vaak wordt bekeken wat de hele situatie is: onder curatele of niet, vrijwillig of onvrijwillig opgenomen, en dan weten ze in principe of iemand wilsonbekwaam is. Er moet een manier zijn om dat zorgvuldig vast te stellen, en dat betekent dan niet dat die persoon dat op andere momenten ook is. Gevaar bij iemand die niet alleen onder curatele staat, niet vrijwillig is opgenomen, bij geen bereidheid / geen bezwaar: waar blijf je dan met de vraaggestuurde zorg? Dat staat daar haaks op.

De heer Arends concludeert dat er echt een feitelijke beoordeling blijft voor een concrete situatie. Maar: 1/5 deel van de geënquêteerden zegt dat zij er nooit naar kijken.

Volgens de heer Curts van het Ac. ziekenhuis Maastricht is het nooit een item geweest. Als er meer bekendheid aan gegeven wordt zal het ook meer gedaan worden.

Mevrouw Van der Laan van triAde (vg) noemt als voorbeeld dat iemand op het ene moment kan zeggen: "als ik over de rooie ga, doe dat dan maar", maar op het moment dat het zover is: "blijf van me af". In de psychiatrie wordt dat opgelost door een crisisafpraak: dan is iemand op dat moment maar "even wilsonbekwaam".

De medewerker van de KNMG voegt hieraan toe dat het bij dementerende patiënten sterk kan wisselen.

Mevrouw Van Hoepen van Simnia (kleinschalig pg) vraagt zich af hoe dat dan omschreven zou moeten worden. Hoe krijg je dat per moment ooit in een zorgplan?

De heer Curts van het Ac. ziekenhuis Maastricht stelt dat de vertegenwoordiger van de patiënt erbij betrokken wordt; ook zou er iets gemaakt moeten worden in de sfeer van randvoorwaarden. De heer Arends vraagt wanneer zo'n onderzoek gedaan zou moeten worden, om te kijken of iemand wilsonbekwaam is: in welke situaties?

De heer Van den Dries van De Amerpoort (vg) kan zich voorstellen dat men bij een ziekenhuisopname van een patiënt

met een twijfelachtige achtergrond vreest dat de wilsonbekwaamheid van deze patiënt door de narcose zal gaan toenemen: dat is misschien wel iets om te noteren. Maar het zal ook een inschatting moeten zijn door degene die de intake doet.

Opgemerkt wordt dat iemand die onder narcose is ook wilsonbekwaam is. De heer Curts van het Ac. ziekenhuis Maastricht stelt dat er dan sprake is van een soort medische noodzaak, waarop de heer Arends vraagt of er nog andere situaties denkbaar zijn. Mevrouw Van der Laan van triAde (vg) wijst op het dilemma waar je als hulpverlener mee te maken hebt: je bent als hulpverlener bezig, maar je moet dan ook de wilsonbekwaamheid vaststellen.

De heer Arends vraagt of het dan een zorgvuldiger beslissing wordt wanneer je het met meerdere zorgverleners bekijkt; door verschillende deelnemers wordt hierop bevestigend gereageerd, en de heer Arends concludeert dat er, het als het maar enigszins kan, een teambeslissing moet zijn van meerdere zorgverleners.

De heer Curts van het Ac. ziekenhuis Maastricht vraagt zich af wat voor soort deskundigheid iemand moet hebben om dat te kunnen bepalen, en de heer Arends antwoordt dat in de vgz die deskundigheid meestal al voorhanden is, in de persoon van een gedragsdeskundige. Volgens mevrouw Van der Laan van triAde (vg) echter geeft die ook aan dat het moeilijk is om vast te stellen of iemand wilsonbekwaam is.

De heer Arends denkt dat het in de psychogeriatric de psycholoog zou kunnen zijn, maar: die is ook niet altijd voorhanden. Het is in ieder geval wenselijk dat er protocollen voor zijn. In acute noodsituaties is het niet altijd mogelijk om wilsonbekwaamheid vast te stellen, en vooraf is het goed om daarnaar te kijken. Het verdient de voorkeur als er een team van zorgverleners bij betrokken is, in ieder geval een arts en zo mogelijk een psycholoog of gedragsdeskundige.

#### *Stelling 6:*

Deze stelling is eigenlijk al besproken in samenhang met stelling 10. Registratie is op zich wenselijk, maar het gaat te ver om iedere toepassing te registreren. Er is niet gesproken over registratie op individueel cliëntniveau en/of centraal niveau. De heer Arends vertelt vanuit het onderzoek dat dat laatste, registratie op centraal niveau, zeker in de pg-instellingen maar zelden gebeurt. Hoe kijken de gespreksdeelnemers daar tegenaan?

Mevrouw De Graaf van de Kraamhulp (part. thuiszorg) is bang dat het veel tijd zal kosten om alles te registreren, maar mevrouw Gorter van VWS denkt dat alleen individueel registreren te weinig is.

De heer Van den Dries van De Amerpoort (vg) vertelt dat bij De Amerpoort wel wordt geregistreerd, maar hij is vooral benieuwd naar wat er met de registratie gebeurt. De heer Arends meldt dat er bij sommige zorgconcerns actief beleid wordt ontwikkeld op basis van de gegevens van de registratie, en mevrouw Gorter van VWS voegt daaraan toe dat het een signaalfunctie heeft.

De heer Van den Dries van De Amerpoort (vg) denkt dat dat nog niets zegt over wat er werkelijk gebeurt. Als M&M afnemen bijvoorbeeld, dan kan het aantal incidenten fors toenemen. Het lijkt dan verbetering, maar het is verslechtering. Als je het registreert heeft het al een voorbeeldfunctie: op sommige eenheden gaat personeel er veel creatiever mee om dan op andere.

De heer Arends vraagt of je dan meer zou moeten registreren dan alleen de vrijheidsbeperking zelf; bijvoorbeeld ook de doelstellingen, en mevrouw Van der Laan van triAde (vg) antwoordt dat de heer Van den Dries bedoelde dat centrale registratie alleen maar zin heeft als er actief iets mee gedaan wordt voor het beleid. De heer Van den Dries van De Amerpoort (vg) beaamt dat: het biedt bovendien de mogelijkheid om het werk van eenheden met elkaar te vergelijken.

De heer Arends concludeert dat registreren alleen niet voldoende is: er moet meer mee gedaan worden. Bovendien zou de registratie niet alleen de vrijheidsbeperking moeten omvatten. De heer Van den Dries van De Amerpoort (vg) is het daarmee eens: het zou helder moeten maken wat er aan beleid onder zit. De heer Arends wijst op het gevaar dat het dan te bureaucratisch wordt, maar de heer Van den Dries van De Amerpoort (vg) stelt dat een zorgmanager van een eenheid ook verantwoordelijk is voor het kwaliteitsbeleid, en juist M&M is iets waar je goed op kunt sturen. Voor het inzichtelijk maken van kwaliteit vanuit de kwaliteitswet kunnen deze cijfers een grote rol spelen. Een van de andere aanwezigen is van mening dat dat niet wil zeggen dat alles geregistreerd moet worden. Er staat bijvoorbeeld niet in de kwaliteitswet dat je het aantal gevallen moet registreren; dat speelt dan niet mee. Je spreekt binnen je instelling zelf af aan welke criteria het moet voldoen.

Een ander merkt op dat het nu lijkt alsof de instelling centrale registratie nodig heeft die de Inspectie dan kan inzien. Spreker denkt in feite dat het op zich niet zoveel zin heeft om dat ook voor niet-Bopz instellingen te doen. Het moet gewoon onderdeel van het kwaliteitsbeleid zijn.

De heer Arends verwijst naar zijn opmerking over bureaucratie, en mevrouw Van der Laan herinnert eraan dat het woord "elke" al besproken is.

De heer Arends concludeert dat centrale registratie – binnen een bepaald kader – haalbaar is.

#### *Opmerkingen over andere stellingen*

De heer Curts van het Ac. ziekenhuis Maastricht vindt stelling 4 wel een belangrijke:

Stelling 4: De roep om het mogen toepassen van vrijheidsbeperkingen buiten de huidige Bopz-aangemerkte instellingen, komt voort uit gebrek aan creativiteit en professionaliteit.

Dit wekt de indruk dat het heel belangrijk is dat de uitvoerder creatief zoekt naar andere mogelijkheden om een vrijheidsbeperkende maatregel zo lang mogelijk uit te stellen. Die creativiteit is erg nodig. De heer Arends wijst erop dat niet iedereen die creativiteit in huis heeft. De heer Curts van het Ac. ziekenhuis Maastricht heeft zelf het idee gekregen dat je dat aangereikt kan krijgen vanuit voorbeelden uit de literatuur; dat helpt je zelf ook om creatief te denken; als voorbeeld noemt hij de tip om een deurkruk met een schapenvacht te bekleden, zodat de patiënt hem niet als deurkruk herkent. De heer Arends begrijpt daaruit dat scholing voor de zorgaanbieders belangrijk is, en de heer Curts van het Ac. ziekenhuis Maastricht beaamt dat. Het ziekenhuis is sinds oktober gestart met scholing: er zijn 6 sessies geweest hierover, en voor al die sessies was er twijfel of er voldoende inschrijvingen voor zouden zijn maar de verwachtingen zijn overtroffen. Iedereen zit wel eens alleen op een unit en dan is het heel goed om iets van de juridische achtergrond te kennen.

De heer Arends concludeert dat interne scholing dus belangrijk is, maar ook het hebben van een multidisciplinair overleg. Beide zaken leiden tot kwaliteitsverbetering.

Hierop sluit hij deze workshop af.

## 6. Plenaire discussie

### *Bespreking stelling 1 en 5*

Mevrouw Oosterhof, verpleegkundige ziekenhuis Assen, vertelt dat groep 1 heeft gesproken over de zorgvisie in het algemeen, nl. dat je het gewone leven wilt ondersteunen, met name in de thuissituatie. Je wilt goede zorg gaan leveren en zorg gaan ondersteunen. Dan zijn vrijheidsbeperkende maatregelen soms nodig; als er een professional komt gaat de wet gelden. Er is echter ook een grijs gebied dat niet wordt ondersteund door de wet, en daar zou eigenlijk voorwaardescheppende regelgeving voor moeten komen. Voorbeeld: een pilletje kan ook door een echtgenoot gegeven worden, dat is grijs gebied en hoe moet dat worden vastgelegd. De heer Arends vraagt of mevrouw Oosterhof bedoelt dat het dan wél zou moeten kunnen of juist dat het in die gevallen niet zou mogen, waarop zij antwoordt dat het ziekenhuis het dan liever niet heeft, maar: mocht het wél voorkomen dan zouden er eigenlijk voor dat grijze gebied wel regels moeten zijn. De heer Arends vult aan: regels in de zin dat als iemand in de thuissituatie het zou moeten doen, dat het dan altijd in overleg met andere zorgverleners zou moeten, en vanuit de zaal wordt opgemerkt dat je professionals kunt binden aan regels en voorwaarden maar dat dat voor een echtgenoot moeilijker is.

De heer Konings (thuiszorg Maastricht) zat in groep 3, en hij merkt op dat de stelling goed aansloot bij zijn werksituatie: hij vindt dat vrijheidsbeperkingen thuis mogelijk zouden moeten zijn, maar: dan komen er tegelijk veel problemen op je af. De noodzaak is met name geboren ook uit het feit dat daar de mantelzorger ook bij betrokken is (interne mantelzorger / externe mantelzorger) en als professional wordt je vaak geconfronteerd met vragen van deze mantelzorgers over toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen. Denk bijvoorbeeld aan zwerfgedrag: als dat zich voordoet redt een mantelzorger het vaak niet meer. Thuiszorg Maastricht is er daarom van overtuigd dat het toepassen van die vrijheidsbeperkende maatregel ten goede komt aan het kunnen thuisblijven van die patiënt en zijn kwaliteit van leven.

Een ander punt: de interne mantelzorger wordt erbij betrokken, die zit daar gewoon mee, die heeft er behoefte aan om die maatregel toe te passen. Wie zou verantwoordelijk moeten zijn voor zijn beslissing om zo'n maatregel toe te passen? In zo'n situatie zou een bepaalde gelaagdheid mogelijk moeten zijn; vraag is of de verantwoordelijkheid voor zo'n besluit bij de professionals moet liggen of bij het MDO, of bij de mantelzorger (daar waren de meningen over verdeeld).

Mevrouw Pattiwaal van VWS (groep 3) vult aan dat de groep heeft gesproken over de kwaliteit van de zorg: misschien is iemand veel gelukkiger wanneer je hem gefixeerd thuis laat, dan wanneer je hem ongefixeerd zou laten opnemen. Daar zou je een goede balans in moeten vinden.

De heer Arends herkent dat: vrijheidsbeperkende maatregelen thuis zijn vaak veel minder ingrijpend dan algemene overplaatsing.

Groep 4 heeft dit punt wel indirect aan de orde gehad maar niet specifiek deze stelling besproken.

De heer Arends informeert of er nog anderen zijn die een bepaald standpunt hebben over die grenzen van verantwoordelijkheid: de mantelzorgers kunnen er wel bij betrokken zijn, maar het is nog iets anders om verantwoordelijkheid te dragen.

Een vertegenwoordiger van de thuiszorg (hr. Konings?) merkt op dat de mantelzorgers vaak vrijheidsbeperkende maatregelen toepassen voordat er professionals bij betrokken zijn; en dan zou het plotseling anders moeten omdat de thuiszorg erbij gekomen is? Dat is eigenlijk vreemd. De heer Arends stelt dat de professionals er al helemaal geen zicht op hebben als mantelzorgers alleen bezig zijn: vrijheidsbeperkingen zijn dus vaker nodig dan waar de wet nu ruimte voor biedt, dat gebeurt ook veelvuldig, en de vraag is: is er een mogelijkheid om die wet ruimer te maken; maar aan de andere kant wil je dat wel inzichtelijk houden. Dat staat een beetje haaks op elkaar.

Iemand uit groep 3 vertelt dat in de groep werd gezegd dat de mantelzorger zich dan eigenlijk zou moeten verantwoorden; vraag is: bij wie? Dagvoorzitter mevrouw De Roode stelt dat die rechtsbescherming eigenlijk niet geregeld is (als je dat als professional van een mantelzorger weet). Mevrouw Pattiwaal van VWS (groep 3) merkt op dat de overheid wel vaker in privédomeinen treedt (daar waar normen overschreden worden).

De heer Arends vraagt zich af of het mogelijk is een regel te maken in de zin van "een mantelzorger mag geen vrijheidsbeperkende maatregel toepassen tenzij er een professionele hulpverlener is ingeschakeld". Dan bestaat in ieder geval de mogelijkheid om het inzichtelijk te houden.

Iemand anders uit de zaal denkt dat die bewustwording (wanneer toepassen) heel belangrijk is. Die is eigenlijk nog veel belangrijker dan de vraag of er toezicht is. Die bewustwording van de achtergrond van je handelen.

Een ander stelt dat het te maken heeft met een zekere risico-afweging, en met de vraag of thuiszorg zorgvuldig gebeurt (zij twijfelt daar wel eens aan).

Een vertegenwoordiger van de thuiszorg (hr. Konings?) denkt dat je dat dan niet per definitie in een wet moet regelen maar wel dat je elke maatregel die je gaat toepassen (of die je adviseert toe te passen) in ieder geval registreert.

De heer Domna van de Gemiva-SVG groep (vg), groep 3 merkt op dat het niet gaat om het registreren: het gaat erom dat je het goed doet. Anders krijgen mensen allerlei klachten, en als iemand iets niet kan als mantelzorger, vastbinden bijvoorbeeld, dan moet hij ondersteuning vragen.

Een ander wijst op het gevaar van misbruik.

De heer Arends vat samen dat het erom gaat dat het inzichtelijk wordt gehouden, en niet alleen om de registratie maar omwille van zorgvuldig handelen; in een wettelijke regeling moeten die aspecten terugkomen. Verder is aangegeven dat het in de thuissituatie zou moeten kunnen, maar dat er goede afspraken gemaakt moeten worden over hoe e.e.a. vorm te geven. Vraag: gaat het niet te ver wanneer de overheid zich mengt in privésituaties?

Vanuit de zaal wordt geantwoord dat het gaat om bescherming van de burgerrechten van een van de partijen. Dan zou het woordje "kunnen" uit de stelling weggelaten kunnen worden: soms is het gewoon nodig vanwege de risico's. De heer Arends begrijpt dat het toegepast moet kunnen worden, maar dan onder voorwaarden, en de vorige spreker beaamt dat. Zodra je er als professional van afweet gaat het in werking. De heer Arends denkt dat er dan een zekere verantwoordelijkheid bij de mantelzorger ligt om daar contact over op te nemen, maar iemand uit de thuiszorg merkt op dat situaties als mishandeling door de mantelzorger niet gemeld worden. De heer Arends herkent dit probleem: hetzelfde komt voor bij kindermishandeling. De overheid kan echter niet alles regelen; er blijven altijd dingen gebeuren waar de overheid geen vat op heeft.

De heer De Jong van Stichting Philadelphia, kleinschalig vg (groep 1), merkt op dat bepaalde signalen achteraf vaak wel herkend worden. Er zijn toch altijd wel professionals bij betrokken en zij moeten goed openstaan voor signalen. De heer Domna van de Gemiva - SVG groep (vg), groep 3 beaamt dat: signalen worden niet altijd opgemerkt. Je moet het zien als adviseur voor een medische behandeling.

Dagvoorzitter De Roode constateert dat er ook in de thuissituatie een regeling zou moeten zijn.

## Stelling 2, 3 en 8

In hoeverre zou je verplicht moeten worden tot een MDO), en welke mate van professionele zorg zou je moeten hebben (ook qua personen)?

De heer Steen van St. Odion (vg), groep 1, wijst erop dat multidisciplinaliteit belangrijk is omdat er verschillende achtergronden in het geding zijn: er moeten meer dan twee personen bij de besluitvorming betrokken zijn. Maar uiteindelijk heeft groep 1 gezegd: het allerbelangrijkste is dat je situaties kunt toetsen, zeker achteraf. Heel belangrijk is dat instellingen en zorgverleners een visie op zorg hebben, een duidelijk zorgbeleid en individuele zorgplannen, waarin je laat blijken dat je nadenkt over: hoe effectueer je de zorg, hoe pas je die toe. Als dat beschreven is zal de individuele hulpverlener daaraan zekerheid kunnen ontleen. Dan zal het niet in alle situaties zo zijn dat het noodzakelijk is om daar een multidisciplinair besluit over te nemen, dan is er een individueel besluit, maar dat is ingebed in bredere besluitvorming. Zwaardere besluiten vallen wél onder het MDO: je zult dus bij toepassing van die maatregel moeten differentiëren. Zwaardere naar het MDO, maar belangrijk is de over all -multidisciplinaliteit van hoe je je beleid neerzet. De heer Arends concludeert dat er dus multidisciplinaliteit is aan de voorkant, maar dat daarbinnen onderscheid gemaakt wordt tussen lichte en zwaardere beperkingen. De vraag die dan onmiddellijk opkomt: wat is het onderscheid tussen licht en zwaar?

De heer Steen heeft daar geen antwoord op. In situaties van een ziekenhuis moet je vaak ter plekke beslissen en is er geen mogelijkheid voor overleg. Zelf noemde hij het voorbeeld van het pilletje in de pap: dat ziet spreker als een lichtere beperking.

Mevrouw Bosma van Thuiszorg Groningen (groep 2) denkt dat het inderdaad zorgvuldig afgewogen moet worden; daarom is het goed dat er anderen bij betrokken worden. Dat heeft ook te maken met de zwaarte van de maatregel, maar het is sowieso goed om anderen erover te spreken.

De heer Arends stelt dat het percentage van huisartsen die bij de thuissituatie betrokken zijn behoorlijk hoog is, maar vaak zijn er ook andere hulpverleners bij betrokken: inderdaad heeft een multidisciplinaire beslissing de voorkeur maar de vraag rijst of dat altijd mogelijk is.

Mevrouw Pattiwaal van VWS (groep 3) meldt dat groep 3 dit punt niet zo uitgebreid besproken heeft.

Mevrouw Janssen, arts bij De Compaan (vg) zat eveneens in groep 3 en zou graag à titre personnel iets meegeven vanuit de praktijk. In de gehandicaptenzorg is men heel veel gewend om multidisciplinair overleg te voeren en heeft men vaak niet zozeer te maken met een noodplan als wel met een reguliere situatie. Mensen wonen heel lang in de instelling en de hulpverleners kennen hen goed. Een eventuele vrijheidsbeperking wordt onderling besproken en er wordt continu geëvalueerd of het meerwaarde heeft voor de zorg: de hulpverlener is zich voortdurend bewust van waar hij mee bezig is en dat hij het eigenlijk liever niet zou doen, maar dat er nog steeds een noodzaak voor is. Een arts tekent, volgens de wet, maar het wordt altijd getoetst in het MD-team. Het toetsen van zo'n maatregel zonder een collega te consulteren valt in de instelling van mevrouw Janssen eigenlijk niet onder de norm. Wordt er onderscheid gemaakt: vaak is zo'n situatie beschreven, in de zin van "als je dat en dat geprobeerd hebt, dan pas kun je tot bijv. afzondering overgaan". Tijdens avonduren of weekend is het natuurlijk niet altijd mogelijk om anderen te consulteren.

Dagvoorzitter De Roode stelt vast dat er ook in multidisciplinaliteit gradaties zijn: iemand kan ook ruggespraak hebben met bijvoorbeeld één collega. De heer Arends voegt hieraan toe dat het hier noodsituaties betrof die zich met enige regelmaat voordoen. Daar kan dan ook beleid op gemaakt worden. Vanuit de zaal wordt dat bevestigd; het zijn eigenlijk noodsituaties, omdat je ze kunt voorzien. En dus kan het vastgelegd worden in het zorgplan.

De heer Zeijlstra van de Ver. Gehand.zorg Ned. (voorzitter van groep 2) heeft de ervaring dat velen het prettig vinden om nog even te checken of ze goed handelen wanneer het komt tot de daadwerkelijke uitvoering van bepaalde maatregelen. Daar komt voor de vgz nog bij dat er sprake is van grote afstanden, en dat werkt belemmerend. Daardoor is het vaak alleen achteraf mogelijk om overleg te plegen.

De heer Arends concludeert dat er duidelijk verschil is tussen noodsituaties en situaties die je van tevoren kunt voorzien, waar het altijd de voorkeur heeft om een MD-overleg te hebben. En anders moet je het op een andere manier oplossen.

Een andere vraag betreft de verantwoordelijkheid: is het altijd wel zo wenselijk dat de artsen formeel de eindverantwoordelijkheid hebben?

De heer Curts van het Ac. Ziekenhuis Maastricht zat in groep 4; groep 4 heeft alleen over stelling 8 gediscussieerd. Conclusie was dat groep 4 aansluit bij wat andere groepen hebben ingebracht, dus het MD-karakter. Maar het is voor te stellen dat een huisarts in een situatie terecht komt waarin hij wel móet besluiten. Het gedeelte "zonder andere professionele hulpverleners te betrekken" is van essentieel belang; zonder dat gedeelte zou het antwoord "ja" kunnen zijn, maar dat heeft beslist niet de voorkeur. De groep heeft duidelijk aangegeven ook vraagtekens te hebben bij de deskundigheid van de huisarts op dit terrein, op basis waarvan zij kunnen besluiten om zo'n vrijheidsbeperkende maatregel toe te passen. (Er zijn helaas geen huisartsen aanwezig.)

De heer Arends was voorzitter van groep 4 en vult aan dat men zich afvroeg of het altijd wel wenselijk is dat de arts de eindverantwoordelijkheid draagt bij een maatregel. Hoe denken de anderen daarover?

De heer Curts wil daar nog iets aan toevoegen: er is landelijk een nog niet uitgediscussieerde discussie naar aanleiding van het onderzoek van Wijme en Houts, over wie verantwoordelijk is. Zelf is spreker geneigd om te zeggen (kijkend hoe dat in de praktijk gaat): formeel ligt de verantwoordelijkheid wel bij artsen maar impliciet ligt het toch bij de verpleegkundige, omdat die de patiënten beter kent. Die discussie is echter nog gaande.

Vanuit de zaal wordt opgemerkt dat dat ook te maken heeft met de situatie. In een ziekenhuis is een arts behandelverantwoordelijk, maar bij de vgz ligt dat anders. En dan is het eigenlijk veel logischer om de mensen die er dicht bovenop zitten de beslissing te laten nemen. In de instelling waar spreker werkzaam is is de keus gemaakt om bij zo'n maatregel de verantwoordelijkheid te leggen bij de deskundige.

Dagvoorzitter De Roode vraagt of dat degene is die het uitvoert; het hoeft dus niet perse een medicus te zijn, maar kan het ook zo ver gaan dat de verantwoordelijkheid wordt gelegd bij degene die het uitvoert?

Geantwoord wordt dat het gekaderd moet worden in niveaus; als daar beleidsuitspraken over worden gedaan kan daarin worden aangegeven wie waarin kan beslissen. De uiteindelijke eindverantwoordelijkheid ligt dan wel bij de arts.

Mevrouw Dijkgraaf, NVAVG, groep 2 is zelf arts in de vgz: het is bekend dat in bepaalde situaties bij fixatie wel degelijk lichamelijke risico's aanwezig zijn. Het gebeurt dagelijks, en het is de vraag of de arts erbuiten gelaten kan worden.

Vanuit de zaal wordt opgemerkt dat de organisatie wel zal moeten zorgen dat er in de organisatie deskundigheidsbevordering plaatsvindt.

Mevrouw Dijkgraaf antwoordt dat de risico's bij oudere gehandicapten veel groter zijn, waarop vanuit de zaal wordt gezegd dat er daarom gestreefd moet worden naar MD-overleg, maar dat er ook een soort hiërarchie in moet worden aangebracht.

De heer Schulte, Meander Medisch Centrum Amersfoort, groep 1, is werkzaam in een verpleeghuis en concludeert dat er competenties nodig zijn, die getoetst kunnen worden. Er moeten dus eisen gesteld gaan worden, in de BIG of waar

dan ook, zodat het mogelijk is competenties te beoordelen. Die competenties moeten worden vastgelegd.

Mevrouw Dijkgraaf brengt een ander punt ter tafel, namelijk dat de arts of de orthopedagoog geen plek heeft in de managementstructuur, dus ook niet de mensen kan aansturen die het gaan uitvoeren. Degene die bij Bopz verantwoordelijk zijn kunnen dus niet zelf de randvoorwaarden stellen; dat wordt als een knelpunt ervaren.

De heer De Jong van Philadelphia (kleinschalig vg), groep 1, stelt dat er over zaken als tweede banden geen discussie zal ontstaan, maar het gaat vooral om de kleinere vrijheidsbeperkingen. Die hebben eigenlijk meer te maken met de keuze, de visie op zorgverlening, hoe die in dat huis wordt toegepast, dus: de cultuur in dat huis; en daarbinnen zijn nogal wat beperkende maatregelen die eigenlijk niet worden gevangen onder de term "goede zorg", maar die ook heel ver kunnen gaan: mensen in de sector vgz hebben heel duidelijk een bepaalde structuur nodig, en binnen die cultuur zijn er keuzes van degene die die zorg toepassen (maar zij moeten niet voortdurend verplicht zijn te vragen wat ze wel of niet mogen). Je moet in de discussie dus een keuze maken of je het hebt over zwaar of over licht.

Dagvoorzitter De Roode ziet daarin een verband met stelling 10 ("elke vrijheidsbeperking zou bij wet moeten worden geregeld"), en de heer Arends constateert daarin een spanningsveld: maak je een wettelijke regeling, waar ligt dan de grens? Er wordt terecht gezegd dat je niet alles kunt registreren, want dan is het eind zoek.

Mevrouw Van der Laan van triAde (vg) zat in groep 4, en vertelt dat de discussie daar ging over de vraag of het doel bepalend is of die maatregel moet worden getroffen of niet, en de constatering was dat die maatregelen nooit een doel zijn, maar een middel om een doel mee te bereiken. Het doel kan dan van alles zijn. Vervolgens: het leven is vol met beperkingen, dus begin er niet aan om elke beperking van de vrijheid een beperking in juridische zin te noemen. Er zijn zoveel vrijheidsbeperkende maatregelen die maatschappelijk aanvaard zijn, bijvoorbeeld het feit dat alle deelnemers aan deze conferentie tot 17.00 uur hier moeten blijven, of het feit dat de deur van de trein dicht blijft tijdens het rijden; daar moet je dus niet te ver in gaan. In feite moet je vrijheidsbeperkingen dus zien in relatie tot het bereikte doel. Een vrijheidsbeperkende maatregel vraagt om zorgvuldig handelen en om een stukje verantwoordelijkheid, en als de maatregel ingrijpend is, en zeker als de cliënt aangeeft dat het tegen zijn in gebeurt, dan gaat die zorgvuldigheid een grote rol spelen.

Tegelijkertijd is in de groep gesproken over de vraag: hoe bepaal je dan of de patiënt al dan niet wilsbekwaam is. Dat is heel moeilijk vast te stellen, maar zodra het tegen de wil van hem ingaat zul je heel zorgvuldig moeten handelen.

Dagvoorzitter De Roode concludeert dat dat inhoudt: "in ieder geval bij verzet". Maar wat te doen met die grote groep die niets aangeeft? Mevrouw Van der Laan van triAde vindt dat inderdaad een dilemma: hoe ingrijpend is die maatregel? En wat is de relatie met het doel? Die discussie zul je met elkaar moeten voeren.

De heer Domna van de Gemiva - SVG groep (vg) merkt op dat daar twee mooie begrippen voor zijn: subsidiair en proportioneel.

De heer Arends stelt vast dat dat soort afwegingen iedere keer, wanneer iemand in zijn vrijheid beperkt wordt, moeten worden gemaakt, waarop mevrouw Van der Laan van triAde antwoordt dat in feite alles al geregeld is bij de Kwaliteitswet; dat is echter een heel grof kader, en het gaat er dus om: is dat voldoende, of moet het uitgebreider zijn. En: het gaat ook om bescherming van de medewerker. En het juridisch kader is dat de vrijheid van mensen niet ontnomen mag worden, want dat is alleen voorbehouden aan de politie. Zelf zou spreekster er voorstander van zijn om de groep van "geen bereidheid / geen bezwaar" uit de wet te tillen en daar een andere regeling voor te treffen, om die zorgvuldigheid beter te waarborgen.

De heer Domna van de Gemiva - SVG groep (vg) vindt dat er in ieder geval geen wet verzonnen moet worden over opvoedkundige beslissingen, maar volgens dagvoorzitter De Roode definieert de Bopz dat lang niet allemaal. De heer Domna van de Gemiva - SVG groep (vg) is er voorstander van om alleen de indringende zaken goed te organiseren, waarop de heer Arends vraagt wat dan onder "indringend" dient te worden verstaan.

De heer De Jong van Philadelphia stelt dat het feit dat je iedere dag je boterham moet eten nog veel ingrijpender kan zijn dan één keer gefixeerd worden. Daarom is dat gezamenlijk kader van groot belang: dat je steeds de visie op de zorg met elkaar deelt. Dat zou geregeld moeten worden bij wet. Naast het individuele zorgplan is er dus een groter kader nodig.

Dagvoorzitter De Roode informeert of de heer De Jong bedoelt dat in zo'n MD-team besproken moet worden wat indringend is, waarop de heer De Jong antwoordt dat dat een van de polen is. De andere pool is de cliënt en diens vertegenwoordiger. Die driehoek dus. Die MD-poot moet wel vanuit eigen beroepsstandaarden naar dit soort problemen gaan kijken, maar zij hebben een keus: elke instelling heeft daar een eigen cultuur in. Daar kiest de cliënt ook voor als hij wordt opgenomen. Dat heeft consequenties voor de manier waarop je leeft en dat is het referentiekader voor die kleine beslissingen. Die discussie wordt gevoerd met zowel de cliënt (of zijn ouders) als met de professional. Mevrouw Van der Laan van triAde sluit zich daarbij aan: op die manier wordt de vrijheidsbeperking in algemene zin gewaarborgd en komt daar een maatschappelijke standaard voor.

Dagvoorzitter De Roode concludeert dat er een protocol moet zijn voor minder ingrijpende maatregelen.

Mevrouw Hoegen van branchevereniging Arcare zat in groep 3. Groep 3 heeft stelling 9, 10 en 5 samengenomen. In de verpleging en verzorging bijvoorbeeld worden bedekken als vrijheidsbeperkend gezien maar in een ziekenhuis niet. Dus: wat is dan vrijheidsbeperking? Ook belangrijk is dat mensen zich bewust worden dat zij met vrijheidsbeperkende maatregelen bezig zijn, en als er dan geen wet is is het de vraag of die bewustwording er wel zal komen. Heel belangrijk was daarnaast de constatering dat centrale registratie veel goed zou doen, nl. dat mensen verplicht zijn om het vast te leggen.

Dagvoorzitter De Roode vraagt naar het verschil tussen wel en niet ingrijpend.

Dat wordt door allen als moeilijk ervaren.

De heer Arends concludeert dat dat misschien per zorginstelling of per instelling vastgesteld moet worden. Dat is heel interessant, maar de overheid kan daar natuurlijk weinig mee.

Vanuit de zaal wordt opgemerkt dat het heel gevaarlijk is om wat dat betreft onderscheid te maken in groepen: als het bij een ziekenhuis automatisch is om bedekken omhoog te doen moet je je afvragen of de verpleging niet zou moeten aanleren om het aan de patiënten te vragen. Er was een medewerkster van een ziekenhuis die het heel normaal vond om het beddek altijd omhoog te zetten.

De heer Zeijlstra (vg en voorzitter groep 2) stelt vast dat men zich nu realiseert waar men mee bezig is. Eigenlijk mag het ook helemaal niet, het mag alleen in een Bopz-instelling of door de politie. Toch wordt het gedaan: fixeren in de ggz is duidelijk, maar de deur op slot om te voorkomen dat mensen een verkeersongeluk krijgen is veel minder helder. Spreker voelt wel wat voor die kwaliteitseisen, zoals mevrouw Van der Laan dat te berde bracht.

Iemand uit de vgz stelt dat datgene wat belangrijk is in de overeenkomst wordt opgenomen.

De heer Arends wijst op de situatie bij psychogeriatrische patiënten: daar komt het heel vaak voor dat de cliënt zelf niet meer beslist, maar dat het altijd wordt overgenomen door een vertegenwoordiger. Daar moet wel zorgvuldiger naar gekeken worden, want mensen worden heel erg kwetsbaar. De medewerker uit de vgz vindt daarom dat zorgplan ook zo belangrijk. Daarmee wordt het heel erg individueel gemaakt.

De heer Arends kan zich daarin vinden, maar toch blijft iemand in zijn vrijheid beperkt worden die misschien zelf geen



participant is geweest bij het opstellen van het plan.

De heer Domna van de Gemiva - SVG groep (vg) denkt dat je daar ook voorzichtig mee moet zijn: straks moet overal een formulier voor ingevuld worden. Het moet beperkt worden tot zaken waarvan je zeker weet: hier worden grote vrijheden mee geschonden.

De heer Arends stelt dat de Inspectie natuurlijk vooral denkt in Bopz-kaders; met ingrijpende zaken kan men naar de Inspectie gaan. De heer Domna van de Gemiva - SVG groep (vg) vindt dat afspraken moeten worden nagekomen.

De heer Arends vraagt hoe je vrijheidsbeperkende maatregelen op een inzichtelijke manier zou kunnen meenemen, zodat je erop getoetst kunt worden (want het zorgplan is niet echt inzichtelijk).

De heer De Jong van Philadelphia is van mening dat het zorgplan een set is van afspraken die je maakt binnen wettelijke kaders: dat is de visie van de zorgaanbieder, hoe ga je met normen en waarden om en wat zijn de individuele wensen van de cliënt. Je kunt het zorgplan uitbreiden naar een handelingsplan en een deelplan, maar het zorgplan is een overeenkomst als de cliënt en de zorgaanbieder daar commitment over hebben: of een vertegenwoordiger van de cliënt, waarbij de Wgbo het uitgangspunt is. De cliënt is dus betrokken bij het leveren van individuele afspraken en doordat hij ooit heeft gekozen voor deze instelling met deze visie. Dan is het in de meeste situaties geen verrassing wat er gaat gebeuren, en kun je laten toetsen door collega's en wie dan ook.

De heer Arends stelt dat het vaak niet zo is dat de cliënt voor een bepaalde zorgaanbieder gekozen heeft.

De heer De Jong erkent dat het inderdaad behelpen is, maar dat komt ook omdat iemand een verstandelijke handicap heeft. En ook al geeft iemand zelf aan dat hij iets niet wil, dan nog kan het verstandiger zijn om daar niet in mee te gaan.

Dagvoorzitter De Roode denkt dat er best iets voor te zeggen is om juist op het moment van verzet iets anders te doen dan als er toestemming is van de vertegenwoordiger en de patiënt zich niet uitspreekt.

De heer De Jong antwoordt dat verzet altijd een serieuze alarmbel is. Maar het kan toch handiger zijn om het niet te doen. Je hebt vaak te maken met mensen die bepaalde keuzes niet kunnen maken, keuzes met ernstige consequenties.

De heer Arends vraagt of dat een pleidooi is om het juist zo transparant te maken dat het achteraf te toetsen is, en de heer De Jong beaamt dat: maar niet in het kader van de wet, maar voor al het handelen van zorgverleners.

Mevrouw Speksnijder van de Inspectie merkt op dat stelling 7 daarop aansluit (over de wilsonbekwaamheid van cliënten). Dat moet eigenlijk ieder moment waarop een belangrijke beslissing wordt genomen aan de orde zijn: je moet steeds kijken of de cliënt op zijn niveau daar iets over naar voren kan brengen. Je kunt niet altijd blindvaren op de vertegenwoordiger, want: wiens belang vertegenwoordigt hij? Als iemand zich verzet geeft hij aan dat hij het niet wil, en waarom niet: dat doet niet terzake. De sectoren die niet onder de Bopz vallen kunnen daarin misschien iets leren van de sectoren die er wél onder vallen. Ook de toepassing moet professioneel gedaan worden. Je moet ook zorgvuldig zijn in je toepassing, professioneel en deskundig.

De heer Zeijlstra van de Ver. Gehand.zorg Nederland (vg, voorzitter groep 2) rapporteert vanuit groep 2 dat gesproken is over het grensgebied tussen verzet en toestemming. Als er verzet wordt gepleegd dient de zorgverlener daar in ieder geval alert op te zijn, evenals op die toestemming. Dat is een breed begrip.

De heer Arends stelt vast dat wilsbekwaamheid een relevant gegeven is: er zou veel meer naar gekeken moeten worden dan nu. In groep 4 werd de suggestie gedaan om van een beslissing over een wilsonbekwame cliënt als het enigszins kan een teambeslissing te maken.

Mevrouw Speksnijder van de Inspectie benadrukt het risico: er wordt gedacht dat je met een vrijheidsbeperking beschermt, maar gebleken is of je veel of weinige zweedse banden toepast: er is weinig verschil in het aantal fracturen in een instelling. Het geeft dus niet altijd veiligheid; wees je daarvan bewust.

## 7. Samenvatting

Dagvoorzitter De Roode vat de plenaire discussie als volgt samen:

- Er is gesproken over de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen in situaties die niet onder de Bopz vallen:
- Vrijheid beperken moet in die situaties wel mogelijk zijn, is zelfs wenselijk.
- Niet zozeer is bepalend waar het gebeurt, maar wel wat er dan gebeurt.
- Er moet gewaakt worden voor allerlei risico's, die misschien in een thuissituatie of ambulante setting groter zijn omdat toezicht moeilijk te realiseren is en mantelzorgers moeilijk te belasten zijn met verantwoordelijkheid.
- Er dient ook gewaakt te worden voor misbruik; ook in die ambulante vormen is regulering nodig.
- Zorgvuldigheid moet hoog in het vaandel staan: daar moet een soort consensus over zijn, wat dat dan is.
- Multidisciplinair moet er zoveel mogelijk overleg worden gepleegd. Dat voegt veel toe. Dat is niet altijd mogelijk op het moment van uitvoeren van de handeling maar de intentie moet er toch wel zijn (evt. in de vorm van ruggespraak). Zo min mogelijk alleen beslissen.
- De huisarts moet wel vaak alleen beslissen, en dan speelt vaak een competentieprobleem: dat betekent dat er aan degene die beslist competentie-eisen gesteld moeten worden.
- Als op het moment zelf een MDO niet mogelijk is moet er in ieder geval achteraf verantwoording plaatsvinden
- Algemeen gedragen is ook een soort registratieverplichting.
- Vraag is in hoeverre extern toezicht een element is dat je op de een of andere manier moet toevoegen; dat is eigenlijk niet zo erg aan de orde gekomen.
- Ook over die registratie werd gezegd: het voegt veel toe in beleidsmatige zin, en in de zin van bewustwording. Is een algemeen gedragen positief effect van de Bopz.
- Daarna is vooral gepraat over: als er dan toch wel iets gereguleerd moet worden, het gaat over vrijheidsbeperking, en je voelt je er niet helemaal safe over: hoe ver moet je dan gaan; wat wil je reguleren; en waar je eisen aan wilt stellen moet "ingrijpend" zijn, maar hoe dat te bepalen is lastig. Daar zou consensus over moeten komen in de beroepsgroep, protocollisering. In hoeverre dat op niveau van wetgever moet worden aangegeven: echt indringen-de maatregelen behoeven zeker wetgeving maar wat indringend is, daar spelen verschillende factoren een rol in. In ieder geval het verzet van de cliënt, de mate van wilsbekwaamheid (altijd een probleem om toestemming te krijgen), en de rol van de vertegenwoordiger is heel belangrijk. Altijd dient gezocht te worden naar de driehoek cliënt, vertegenwoordiger en professional, en er moet altijd toestemming gevraagd worden.

Met deze samenvatting wordt om 17.00 uur de invitational conference afgesloten.